

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000191106-3

Nr. da Autenticação 7A61F267CC1C5530

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2016

Carta nº: 9452691

A/C: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

Sinistro: 3160459119 ASL-0985074/16
Vítima: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
Data Acidente: 31/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2016

Carta nº: 9541427

A/C: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

Sinistro: 3160459119 ASL-0985074/16
Vítima: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
Data Acidente: 31/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2016

Carta nº: 9747105

A/C: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

Sinistro: 3160459119 ASL-0985074/16
Vítima: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
Data Acidente: 31/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA

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: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000191106-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





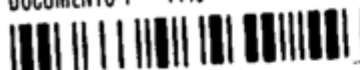
Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

/ CF _____

DOCUMENTO 1 *T196*



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jefferson Christian de Oliveira Souza
 PORTADOR(A) DO RG Nº CNA 03629165237 EXPEDIDO POR Debian RN EM 11 / 12 / 2012 E CPF _____

01243984460 / CNPJ _____, PROFISSÃO revisor
 E RENDA MENSAL DE R\$ revisão (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO /
 REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jefferson Christian de Oliveira Souza, AUTORIZO A SEGURADORA
 LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0560 N° da CONTA (com dígito, se existir) 191106-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Debian RN de 07.07.2016 de JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Poupança

RUANA SEGUROS
20 JUL. 2016



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83455766
Comunicação: C1999620
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Aberta

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1535706 - FREDERICO GARVALHO LIMA DE ABREU Data/Hora do Acidente (hora local): 31/03/2016 07:35 BR: 304 KM: 37,0
Município/UF: MOSSORO/RN Tipo de Acidente: Colisão Transversal Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Pleno dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

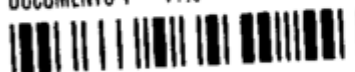
Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

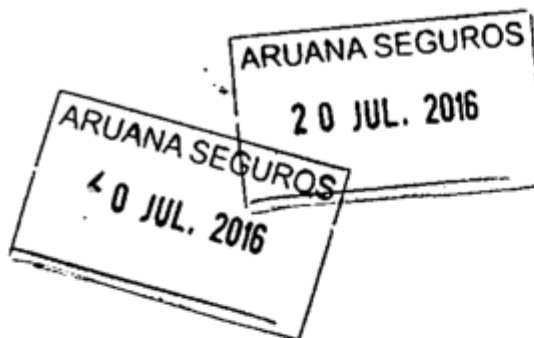
DOCUMENTO 1 *T19*



CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Residencial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 0
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Conservada(o) Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 0 Tipo de Inclinação: Plano
Obstáculo ao Cruzamento: Meio-Fio Estado de Conservação do Obstáculo: Bom
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas:
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Traçado: Cruzamento Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 0 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 14/04/2016 14:48:44
NÚMERO DE CONTROLE: 3a872bbb50f68718



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83455766
Comunicação: C1999620
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Aberta

CROQUI

ARUANA SEGUROS
20 JUL. 2016

LEGENDA:

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| Automóvel | Trem |
| Veículo Trator | Conjugado |
| Pedestre | Objeto Fixo |
| Ponto B | Ponto A' |
| Ponto P | Ponto A |
| Ponto C | Antes da Colisão |
| Ônibus | Marca de Frenagem |
| Animal | Veículo Ausente |
| Capotagem | Reboque/Semi-reboque |
| Caminhão | Triângulo de Amarração |
| Tombamento | Veículo de 2 ou 3 rodas |
| Incêndio | Marcha à frente |
| Local da colisão | Patinação ou Derrapagem |
| Marcha à ré | Depois da Colisão |
| Placa de Trânsito | |

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, no município de Mossoró/RN, no km 37 da BR 304, constatai através dos vestígios nos veículos e local do acidente que o veículo V1, Honda/CG 125 Fan KS, placa: QJS-1455/RN, seguia fluxo decrescente quando veio a ser colidido por V2, Ford/Fiesta Sedan, placas: MYZ-912B/RN, que realizava operação de retorno, por falta de atenção de V2.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa: QJS-1455 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: 9C2JC4110CR515606 Renavam: 00478349599
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Cor: PRETA Ano: 2012 Tipo: Motocicletas Emplacamento: MOSSORÓ/RN
Ocupantes: 1 Espécie: _____ Categoria: Particular
Proprietário: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA CPF/CNPJ: 012.479.844-60
Endereço: R VICENTE MARTINS 223 CEP: 59.600-550
Município/UF: _____ Telefones: _____

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: _____ Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: _____ Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: _____ R\$0,00 Produto Perigoso: _____
Descrição da Carga: _____

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 31/03/2016 09:50 Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: ANTONIO MEDEIROS DE OLIVEIRA
Documento do Responsável: 322.955.104-49 CPF
Município/UF: MOSSORÓ/RN Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 14/04/2016 14:48:44
NÚMERO DE CONTROLE: 3a872bbb50f68718



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83455766
Comunicação: C1999620
Aberta

STATUS DA OCORRÊNCIA:

V1 liberado para tercelro (pai do condutor V1) com anuência de respectivo condutor.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MYZ-9128 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9BFZF20B268395673 Renavam: 00866320296
Marca/Modelo: FORD/FIESTA SEDAN Cor: PRATA Ano: 2006 Tipo: Automóvel Emplacamento: MOSSORO/RN
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: AGOSTINHO DO VALE SOUZA CPF/CNPJ: 106.320.694-49
Endereço: R ROLDÃO FERREIRA TORRES 6 CEP: 59.600-000
Município/UF: Telefones:
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Cruzando a pista Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DESCRIÇÃO DO RECOLHIMENTO

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Condutor Habilitado Data/Hora da Recepção (hora local): 31/03/2016 09:50 Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: Sara Oliveira do Vale Souza
Documento do Responsável: 013.592.644-00 CPF
Município/UF: MOSSORO/RN Descrição do Encaminhamento: V2 ficou na responsabilidade de respectiva condutora.

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/OJS-1455
Nome/Apelido: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
Data de Nascimento: 12/06/1983 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Nome do Pai: ANTONIO MEDEIROS DE OLIVEIRA
Nome da Mãe: JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA
Endereço: RUA VICENTE MARTINS, Nº 223 CEP:
Município/UF: MOSSORO/RN Telefones: 84 - 3316-6920 Grau de Instrução: Médio
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: SERVENTE DE OBRAS
CPF: 012.479.844-60 Documento de Identificação: 002279116 Órgão Expedidor: SSP /RN
Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: A Registro CNH: 03629165237/RN Primeira Habilitação: 04/07/2005
Validade CNH: 02/06/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences: Todos os pertences ficaram na responsabilidade de respectivo condutor.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: Recepcionista
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 31/03/2016 09:50
Município/UF: MOSSORO/RN Motivo: Socorro
Descrição do: Socorrido pelo SAMU para Hospital Tarcísio Maia.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 14/04/2016 14:48:44
NÚMERO DE CONTROLE: 3a872bbb50f68718



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83455766

Comunicação: C1999620

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Aberta

CONDUCTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/MYZ-9128

Nome/Apelido: SARA OLIVEIRA DO VALE SOUZA

Data de Nascimento: 13/04/1986

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteiro

Nome do Pai: AGOSTINHO DO VALE SOUZA

Nome da Mãe: DULCINEIA OLIVEIRA SANTOS

Endereço: RUA ROLDÃO FERREIRA TORRES, Nº 6 - MONSENHOR AMÉRICO

CEP: . .

Município/UF: MOSSORO/RN

Telefones: 84 - 98801-5535/98822-2250

Grau de Instrução: Superior

Naturalidade: . .

Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal: CONTADOR

CPF: 013.592.644-00

Documento de Identificação: 2332854

Órgão Expedidor: SSP /RN

Origem: . .

Destino: . .

Estado Físico: Ileso

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Sim

Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não

Transcrição da Declaração: . .

Condutor é Habilitado? Sim

Categoria CNH: AB

Registro CNH: 03608123900/RN

Primeira Habilitação: 09/06/2005

Validade CNH: 11/05/2020

País CNH: . .

Dormia? Não

Km Percorridos: . .

Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: Todos os pertences ficaram na responsabilidade de respectiva condutora.

Informações Complementares: . .

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

Tipo de Receptor: Condutor Habilitado

Responsável pela Recepção: Sara Oliveira do Vale Souza

Documento do Responsável: 013.592.644-00 CPF

Data/Hora da Recepção (hora local): 31/03/2016 09:50

Município/UF: MOSSORO/RN

Motivo: Auxílio

Descrição do

Condutora V2 permaneceu ileso no local do acidente.



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 14/04/2016 14:48:44

NÚMERO DE CONTROLE: 3a872bbb50f68718



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / FORD/FIESTA SEDAN

Placa: MYZ-9128

Nome do Agente/Assinatura: FREDERICO CARVALHO LIMA DE ABREU

Nº BOAT: 83455766

Registro/Matrícula do Agente: 1535706

Data: 31/03/2016 07:35

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1		X		27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Panela corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Panela dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1		X		34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X	
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1	X		
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":					3
25	Panela Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":					0
Total de pontos "SIM" + "NA":										3	

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NAO	Item	Descrição do componente	SIM	NAO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)	X	
53	Pára-brisa		X	59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

☒ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 14/04/2016 14:48:44

NÚMERO DE CONTROLE: 3a872bbb50f68718



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN KS	Placa: OJS-1455
Nome do Agente/Assinatura: FREDERICO CARVALHO LIMA DE ABREU	Nº BOAT: 83455766
Registro/Matrícula do Agente: 1535706	Data: 31/03/2016 07:35

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Gulão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais do apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1	X		
12	Assento (fixação e firmeza)	1	X		
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X		
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA" :			12		

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 18 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☒ Dano de Média Monta: acima de 18 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Danos: farol, painel frontal, para-lama dianteiro, carenagens, lanterna traseira esquerda, retrovisores

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou Não Existente NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 14/04/2016 14:48:44
NÚMERO DE CONTROLE: 3a872bbb50f68718



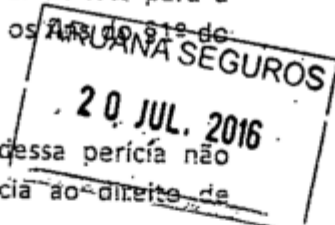
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jefferson Christian de Oliveira Souza, portador da
carteira de identidade nº GM 0429165237 e inscrito no CPF/MF sob o nº
012.429.844-60 residente e domiciliado na
Rua Vicente Martins, 223, Vila Marizete Cidade
Maranhão Estado Rio Grande do Norte declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza
Perícias para fins de prova do seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com
prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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



JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Umarizal RN 07.07.2016
Local e data



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83455766
Comunicação: C1999620
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Aberta

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1535706 - FREDERICO GABRIEL LIMA DE ABREU Data/Hora do Acidente (hora local): 31/03/2016 07:35 BR: 304 KM: 37,0
Município/UF: MOSSORO/RN Tipo de Acidente: Colisão Transversal Sentido da Via: Decrescente
Fase do Dia: Dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical/Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Residencial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 0
Possui defesa? Não existe Possui meio-flo? Conservada(o) Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 0 Tipo de inclinação: Plano
Obstáculo ao Cruzamento: Meio-Flo Estado de Conservação do Obstáculo: Bom
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas:
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Traçado: Cruzamento Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 0 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

NÃO DECLARATÓRIO

ARUANA SEGUROS
20 JUL. 2016

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 14/04/2016 14:48:44
NÚMERO DE CONTROLE: 3a872bbb50f68718



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:

83455/66

Comunicação:

C1999620

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

Aberta

CROQUI

LEGENDA:

- | | |
|---|---|
| ☒ Automóvel | ☒ Trem |
| ☒ Veículo Trator | ☒ Conjugado |
| ☒ Pedestre | ☒ Objeto Fixo |
| ☒ Ponto B | ☒ Ponto A' |
| ☒ Ponto P | ☒ Ponto A |
| ☒ Ponto C | ☒ Antes da Colisão |
| ☒ Ônibus | ☒ Marca de Frenagem |
| ☒ Animal | ☒ Veículo Ausente |
| ☒ Capotagem | ☒ Reboque/Semi-reboque |
| ☒ Caminhão | ☒ Triângulo de Amarração |
| ☒ Tombamento | ☒ Veículo de 2 ou 3 rodas |
| ☒ Incêndio | ☒ Marcha à frente |
| ☒ Local da colisão | ☒ Patinação ou Derrepagem |
| ☒ Marcha à ré | ☒ Depois da Colisão |
| ☒ Placa do Trânsito | |

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____
VEÍCULO P1 DISTÂNCIA P1-A (m) DISTÂNCIA P1-B (m) P2 DISTÂNCIA P2-A (m) DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, no município de Mossoró/RN, no km 37 da BR 304, constatai através dos vestígios nos veículos e local do acidente que o veículo V1, Honda/CG 125 Fan KS, placa: QJS-1455/RN, seguia fluxo decrescente quando ocorreu a colisão com o veículo V2, Ford/Fiesta Sedan, placas: MYZ-9128/RN, que realizava operação de retorno, por falta de atenção de V2.

20 JUL. 2016

VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa: QJS-1455 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: BCBJC410CR515606 Renavam: 00478349599
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Cor: PRETA Ano: 2012 Tipo: Motocicletas Emplacamento: MOSSORÓ/RN
Ocupantes: 1 Espécie: _____ Categoria: Particular CPF/CNPJ: 012.479.844-60
Proprietário: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA CEP: 59.600-550
Endereço: R VICENTE MARTINS 223 Telefones: _____

Município/UF: _____
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIAS DO VEÍCULO:

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DADOS DA CARGA:

Carregamento: _____ Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: _____ Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: _____ R\$0,00 Produto Perigoso: _____
Descrição da Carga: _____

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO:

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 31/03/2016 09:50 Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: ANTONIO MEDEIROS DE OLIVEIRA
Documento do Responsável: 322.955.104-49 CPF
Município/UF: MOSSORÓ/RN Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 14/04/2016 14:48:44
NÚMERO DE CONTROLE: 3a872bbb50f68718

2-556 203

PRONTO SOCORRO DE ATENDIMENTO

Nome: João Carlos de Oliveira D.N. 12/05/83 Sexo: M
Profissão: Motorista Cartão SUS: 00000000000000000000
Endereço: Rua: Vicente Martins 223 Bairro: Horizonte
Cidade: Mossoró U.F.: RN Fone.:
Relação: Mãe: País:

Data: 31/03/2016 Hora: 08:20 A.C.C.R.:

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

Prontidão AAB / Diapir
Prontidão
Vermelha e branca no corpo
Urticária
1/2 de urticária
Sem prurido e dor / 05/2016

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

ARUANA SEGUROS
20 JUL. 2016

2. EXAME FÍSICO

DOCUMENTO 2 "T2"



A. Em um primo. Sem prurido e dor no corpo
B. Prontidão vermelha e branca no corpo
C. Prontidão vermelha e branca no corpo
D. Prontidão vermelha e branca no corpo
E. Prontidão vermelha e branca no corpo
Sistema: Fluor, rubor, prurido. Sem prurido no corpo

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

SDum. Prurido no corpo?

Vou 7

Hora: 3:45

No fremtidsjob / overlevet

38/03/26

DR. ELTON MQUEIRA
COORDENADOR DE ORTOFONIA
CRM 10000

Amir's Motorcycles (Inc)

Carbor & DeFreitas Crossed

12 Future points to future oil

Ch. - Intense 100%
In China No 50%

CRM - 5592 - TEOT-10481

[illegible]

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

) ALTA DO PRONTO SOCORRO

Observações:

~~(X)~~ INTERVENÇÃO HOSPITALAR:

; TRANSFERÊNCIA

- OUTROS (Descrever)

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TEOT 10481

Data: 1 1

Hora: :

Identificação Médica



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Jefferson Christian de Oliveira Souza CNH RE nº 03629165237
 data de expedição 11/12/2012 Órgão Dilmar/RN CPF nº 012.479.844-60

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Vicente Martins</u>
Número	<u>223</u>
Apto. / Complemento	
Bairro	<u>Bela Horizonte</u>
Cidade	<u>Mondano</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>3316-6920</u>
E-mail	

ARLIANA SEGUROS
 20 JUL 2016

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mondano/RN 07.07.2016

Assinatura do Declarante: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4582

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

REN. C. M. L. G. S. A. L. A. -
UN. P. U. - 2. H. - 10.000.000.000
MOBILIDADE EM 5/10/07-010
08000-840195
04-3315-4637

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 26/02/2016 AS 09:14:13

MATRÍCULA:

MES/ANO

DADOS DO CLIENTE

2784943

03/2016

ANTONIO MEDEIROS DE OLIVEIRA
RUA VICENTE MARTINS 223 - BELO HORIZONTE MOSSORO RN 59600-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
303 006 210 0381 000	7	1801	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
SEN. MEDIDOR	LIGADO		POTENCIAL			

CONSUMO ÁGUA (H3): 10

DATA LEITURA:

LEIT. ATUAL:

LEIT. ANT.:

DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
02/2016	10	12/2015	10	10/2015	10	10
01/2016	10	11/2015	10	09/2015	10	

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

35,01

MULTA P/IMPONTUALIDADE PARCELA 01/01

0,61

TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO

PERCENTUAL(%)

VALOR DO IMPOSTO

PIS

35,01

1,65

0,58

COP.INS

35,01

7,6

2,66

VENCIMENTO:

05/04/2016

TOTAL A PAGAR:

35,62

AS MAS CONDIÇÕES DE TRABALHO PODEM LEVAR AO ADOECIMENTO DO TRABALHADOR NA VIDA E NO TRABALHO, POSTURAS CORRETAS LEVAM A QUALIDADE. TRABALHADORES NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2015 - LEI 12007/09

Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos					

ARUANA SEGUROS
20 JUL. 2016

82620000000 6 35620006303 6 00278494301 7 03201680003 2

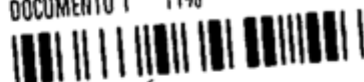


MATRÍCULA	MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2784943	03/2016	05/04/2016	35,62



caern

COMPROVANTE DA CAERN



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josefa da Silva Souza de Oliveira,
 RG nº 003.227.023, data de expedição 08/04/10 Órgão
SSP/RN, CPF nº 942.736.424.68, venho pêrante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
 sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em
 anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Vicente Martins</u>
Número	<u>223</u>
Apto / Complemento	<u>7</u>
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Montes</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.600.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

ARUANA SEGUROS
 20 JUL. 2016

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Montes/RN 07.07.2016

Assinatura do Declarante: x Josefa da Silva Souza de Oliveira



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Getúlio Vargas Filho, 1535 - Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055226-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

Rua: CHILEI LUIZ
MÉDIO: 8-4
MOSSORÓ: 55207-050
08000-840195
84-3335-4637

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 26/02/2016 AS 09:14:13

MATRÍCULA:

MES/ANO

DADOS DO CLIENTE

2784943

03/2016

ANTONIO HEDEIROS DE OLIVEIRA
RUA VICENTE MARTINS 223 - BELO HORIZONTE MOSSORÓ RN 59600-000

DESCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
303 006 210 0381 000	7	1891	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	
SEM MEDIDOR	LIGADO	POTENCIAL	

CONSUMO ÁGUA (H3): 10

DATA LEITURA:
LEIT. ATUAL:
LEIT. ANT.:
DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
02/2016	10	12/2015	10	10/2015	10	10
01/2016	10	11/2015	10	09/2015	10	

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

35,01

MULTA P/IMPONTUALIDADE PARCELA 01/01

0,61

ARUANA SEGUROS

20 JUL. 2016

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	35,01	1,65	0,58
CURFINS	35,01	0,6	2,10
VENCIMENTO	05/04/2016	TOTAL A PAGAR	35,62

AS NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO PODEM LEVAR AO ADOECIMENTO DO TRABALHADOR NA VIDA E NO TRABALHO, POSTURAS CORRETAS LEVAM A QUALIDADE. TRABALHADORES NÃO EXISTEM DÉBITOS DE CATURAS DE 2015 LET 12007/00

Parâmetros	Turbidez	PH	Coef. Total	Cloro Residual Livre	Nitrito (corde H)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,3 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos					

82620000000 6 35620006303 6 00278494301 7 03201680003 2

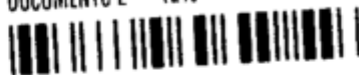


MATRÍCULA	MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2784943	03/2016	05/04/2016	35,62



caern

COMPROVANTE DA CAERN



ANEXO II

DECLARAÇÃO

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

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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, apurar e punir as administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

ARUANA SEGUROS

20 de JUL 2016

Pelo exposto, eu JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA, portador(a) do RG nº 003.277.093, expedido por ITEP, em 08/10/2010, CPF/CNPJ nº 942.736.424-68,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jefferson Cristiano Oliveira Souza do sinistro de DPVAT da natureza Involuntária da vítima Jefferson Cristiano Oliveira Souza, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: DO LAA Renda Mensal: R\$ 5100,00

Documentos comprobatórios: reunion

Josefa da Silva Souza de Oliveira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

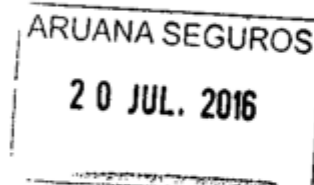


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JEFFERSON CHRISTIAN DE O. SOUZARG nº 002279116, data de expedição 1-1-Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 012.479.845-60, com domicílio na cidade de Mossoró, no Estado deRN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)R: VICENTE MARTINS, nº 225,complemento ---, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JEFFERSON C. DE O. SOUZA cujo o condutor eraJEFFERSON C. DE O. SOUZAVeículo: MOTOCICLETAModelo: MOTOMAG 125 FANAno: 2012Placa: 035-1455Chassi: 0C2J0411002515606Data do Acidente: 31/03/16Local e Data: Mossoró - RN 02/07/16X JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA E

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



OBS. A VITIMA É A PROPRIETARIA DO VEICULO
E O B.O É DA DPPE



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR NA CAXA CRU.
TRAUMA EM ACIDENTE EM VIA PÚBLICA
ASSISTÊNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS
VISTO RADIOGRÁFICAS: LESÃO COMINUTIVA DO FÊMUR

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRAT. CIRÚRGICO DE URGÊNCIA

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

RADIOGRÁFICAS

ARUANA SEGUROS
20 JUL. 2016

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO M.
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 13.10.16
SOME-ARQUIVO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO FÊMUR E

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRAT. CIRÚRGICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

TR. ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URG.

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

27915815101951911

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Arnaldo Silva Neto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/03/2016

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

DR. Arnaldo Silva Neto

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)

DOCUMENTO 5 *T5%



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

JEFFERSON CRISTIAN OLIVEIRA SOUSA

IDADE

Nº REG:

LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

pw 51-05-2016

VÍTIMA DE TRAUMA EM ACIDENTE NA
VIA PÚBLICA.

ASSISTIDO POR CORPO DE BOMBEIROS

DOR E DEFORMIDADE NA COXA E

RADIOG - LESÃO COMINUTIVA DO FÊMUR

DIAG: FRATURA DO FÊMUR E

COND:

- INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO
- INSTALAÇÃO DE TRACAO

João Firmiano da Silva Neto
CRM - 2.517

ARUANA SEGUROS

20 JUL. 2016

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFERMADO ORIGINAL
SAME MOSSORO 13/06/16
SAME / ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome JEFFERSON CRISTIAN OLIVEIRA SOUSA Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DO FÊMUR E

Indicação terapêutica: TAAT - CIRURGIÃO - TRAÇÃO TT

Qui 31-03-2016

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: João Firmino da Silva Neto
CRM - 2.517

1° Auxiliar: _____

2° Auxiliar: _____

3° Auxiliar: _____

Instrumentador: ERINETE - ENF SUSANA

Anestesista: SOSTENES

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 31/03/16
SANE ARQUIVO

INTERVENÇÃO

ARUANA SEGUROS
20 JUL 2016

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 DD

2 - SOB ANESTESIA

3 - ASSEPSIA E ANTISSEPSE

4 - TRANSFIXAÇÃO TIBIAL C/ FUK

5 - INSTALADA A TRAÇÃO C/ 7 kg

João Firmino da Silva Neto
CRM - 2.517



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JEFERSON CRISTIAN OLIVEIRA SOUSA

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: 206-2

DATA de admissão: 31/03/16 Procedência: Mossoró

DATA	EVOLUÇÃO
01/04/16	#2DIH: Fratura diafisária de fêmur esquerdo Em uso de tração transesquelética Paciente sem queixa no momento da visita. Diurese e evacuação fisiológicas A/E: BEG, consciente, orientado, hipocorado (+/4+), aaa ACP: ndn ABD: plano, flácido, indolor à palpação. RH + Exame neurovascular sem alterações.

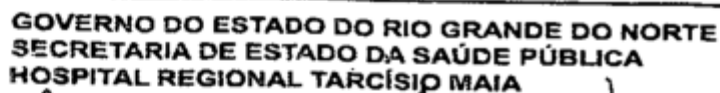
DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta livre vo	
2	SF 0,9%, 1000ml, IV, 24h	
3	Dipirona 500mg/ml, 2ml + ABD, IV, 6/6h S/N	ALÉRGICO
4	Tilatil 40mg, 1 AMP + ABD, IV, 1x/dia	SIN
5	SSVV + CCGG	20
6	Curativos diários	
7	Panela mol 750ml 1x/dia	
8		

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 1889

Eduardo L. R. Medeiros
Ortopedia e Trauma
Cirurgia do Quadril
CRM - 6430/RN TEOT 13540

ARJANA SEGUROS

20 JUL. 2016



HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA	
Jefferson Cristian Oliveira - Servo -	
C. Girão -	

REGISTRO

CLÍNICA

26-2

ARIANA SEGUROS
20 JUL. 2016



HOSPITAL MATERNIDADE ALMEIDA CASTRO

GUIA DE INTERNAMENTO - Nº 8177

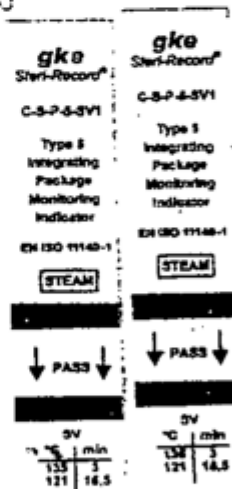
Identificação do Paciente				
Paciente	JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA		Prontuário	0000009722
Nome do Pai	ANTONIO MEDEIROS DE OLIVEIRA		CPF	01247984460
Nome da Mãe	JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA		CNS	708204612869344
Dt. Nascimento	12/06/1983 32a 9m	RG	002279116	Orgão/UF
Escolaridade	Segundo Grau Completo		Sexo	M
Endereço	RUA VICENTE MARTINS, 223 - Bairro: BELO HORIZONTE - CEP 59600550			
Cidade/UF	MOSSORO/RN	Telefones	84 33166920 84 9 87880925	
Naturalidade	MOSSORO	Procedência	RESIDÊNCIA	
Profissão	AJUDANTE	Estado Civil	Divorciado	
Convênio	PARTICULAR	Médico(a)	ANTONIO VICENTE DIAS ANDRADE	
Internamento em	04/04/2016	Hora	10:45	

Assinatura do(a) Paciente/Responsável:

JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

Assinatura do(a) Recepcionista: CELIA MARIA

Relata alergia a Dipirona e AAS



ARUANA SEGUROS
20 JUL. 2016

Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica - NHVE

BOLETIM DE SALA

PACIENTE: Jefferson Cristiano O. Souza. 32a. DATA: 04, 04, 16
CIRURGIA REALIZADA: Heterotopia da tireoide. CRM: _____
CIRURGIAO: Vicente CRM: _____
1º AUXILIAR: _____ CRM: _____ 2º AUXILIAR: _____ CRM: _____
ANESTESIOLOGISTA: Liana CRM: _____
INSTRUMENTADORA: Rita CRM: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Tireoide hiperfuncionante. COREN: _____ CIRCULANTE: _____ COREN: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

INÍCIO:

FINAL:

VIA ACESSO	TÉCNICA	ASPECTOS DAS ESTRUTURAS ANATOMICAS	DRENAGEM	SUTURA
	1) Desabotoar o Drel do B. Anterior			
	2) Avançar do Hércules + Q.Bs			
	3) Retirar o B. Superior			
	4) Fixar o B. com Fios + Pontos			
	5) Fazer o B. de 4 Fios Pontos			
	6) Hércules			
	7) Sutura do B. de 4 Fios			
	8) Curar			

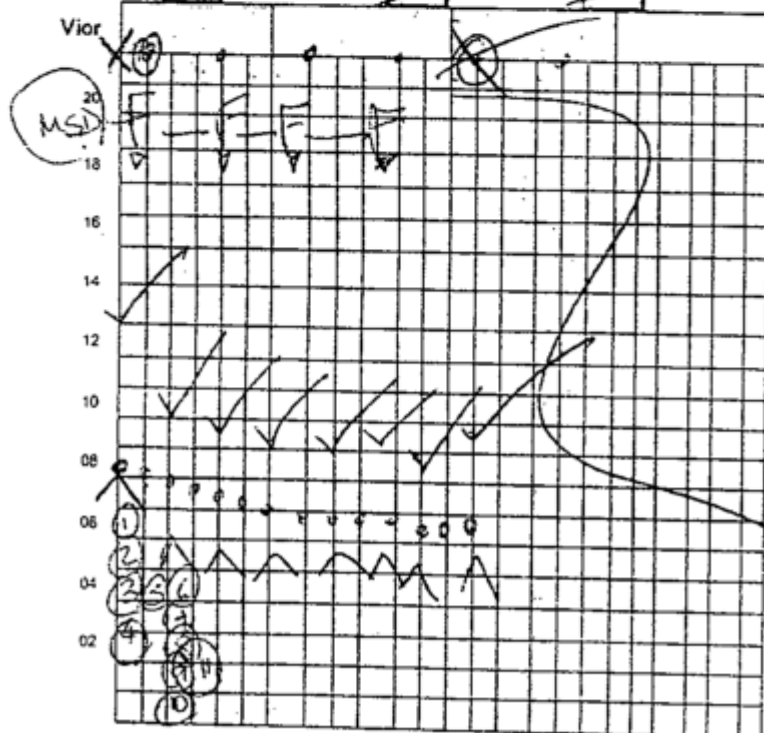
ARUANA SEGUROS

20 JUL. 2016

ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO

PRESSÃO ARTERIAL: 130 x 80 PULSO: 83 RESP.: EP
 TEMPERATURA: 37 PESO: 80 ALTURA: 170 OUTROS: EP
 TIPO SANGÜÍNEO: A+ ALERGIA: DIPLOMIA
 ANESTESIA: TIPO: Bloc. espinal TÉCNICA: Rapida int. 1, 3, 4, 5
 HÁBITO: ---

☒ ALCOOL ☒ TABAGISMO ☒ DROGAS



DROGAS USADAS	UND	QUANT
01. Manténz		
02. Regueantine		
03. Neocine	inscr - 15	
04. Dimet 0.5		
05. Mideyolcin 5		
06. Cefelone 2		
07. Admitidine 50		
08. Nausedon 5		
09. Decadon 10		
10. Tilitil 10		
11. Versoline 1/5	6648	
12-		
13-		
14-		
15-		
16-		
17-		
18-		
19-		
20-		

HISTÓRICO FAMILIAR DE ANTESCEDENTES ANESTÉSICOS?

INTERCORRÊNCIA:

DADOS DA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA:

INÍCIO DA ANESTESIA: 15:25

PACIENTE: Jefferson Christian Nº Pront.: _____
Unidade: _____ Leito: _____ Conv.: _____ Data: / /

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Evolução

Código	Prescrição	Aprazamento
04/04/16	(1) Diete livre	
	(2) Sg. 5% - 500 ml > EV 50 gts/min	Cateter -
	(3) Sg. 0.9% - 2000 ml	B/
	(4) Celestrol (f + AB) - EV 6/6 h	3 ^h 3 ^h 4 ^h 5 ^h
	(5) Difenhydramina - SUSPENSO	14 ^h 12 ^h 16 ^h
	(6) Tramadol 100 mg > EV 8/8 h	2 ^h 04 ^h
	(7) Tiletal 40 mg + AB > EV 12/12 h	14 ^h 04 ^h
	(8) Amoxicilina 800 mg IM 8/8 h	
	(9) Bupropiona 100 mg - 02 ml + AB - EV 6/6 h	
	(10) SSIV e CCA	
	(11) Rivotril 2 mg VO as 22 h	14 ^h 16 ^h

Ass
CRM 27728

07/04/16

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5502 - TEOT 10481

[Handwritten signatures and notes]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

DOC. EXISTENTE / ORG. EMISSOR DE
 002279116 SSP RN

CPF
 012.479.844-60 DATA NASCIMENTO
 12/06/1983

RELAÇÃO
 ANTONIO MEDeiros DE
 OLIVEIRA
 JOSEFA DA SILVA SOUZA
 DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
 ACB CALHAIA
 A

Nº REGISTRO
 03629165237 VALIDEZ
 02/06/2016 1ª HABILITAÇÃO
 04/07/2005

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 532875613

PROIBIDO PLASTIFICAR
 532875613

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 MOSSORÓ, RN DATA EMISSÃO
 11/12/2012

ASSINATURA DO EMISSOR

20030605580
 00701659320

DETRAN - RN - RUA RIOS GRANDES DO NORTE

Suma

DOCUMENTO 6 *T6%*



ARUANA SEGUROS
 20 JUL. 2016



Josefa da Silva Souza de Oliveira

18.08.62

JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA

68

94273644 68

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA



Procurador

ARUANA SEGUROS

20 JUL. 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 DATA DE 08/04/2010
 EXPEDIÇÃO
 REGISTRO 003.277.073
 NOME
 JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA
 FILIAÇÃO
 JOSE TOHE DE SOUZA
 MARIA LEONIDAS DA SILVA SOUZA
 NATURALIDADE
 AREIA-PB
 DOB. ORIGEM CERT. DE CASAMENTO L-8 47 F-293 RG-3693
 MOSSORO RN-2 CARTÓRIO
 OFF 942.736.424-68
 1a. VIA
 JOSÉ CLAYTON DE SOUSA
 ASSUB. RESPONS. PELA MESSAG. RN
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTO 3 *T3*



ARIT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 011811700688
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 COO RENAVAM 00478349599 EXERCÍCIO 2015

JEFFERSON CHRISTIAN DE SOUZA

012.479.844-60 PLACA 0J51455

0J51455/NV CHASSI 9C2JC4110CR515606

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN XS ANO FAB 2012 ANO MCQ 2012

CAP/ROT/CL CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

OCV/124 CILINDRADAS COTA UNICA VENC/COIAS 1º PAGO 13/05/2015

2º PAGO 3º PAGO

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COIAS R\$ 002844,3X R\$ *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

MOTOR: JC41E1C515606

MOSSORO/RN DATA 10/03/2016

Siderney Bezerra da Silva
Coordenadora - RN
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA PUBLICA OU POR DANO A PESSOA
TRANSPORTADA OBTIHAO DO SEGURO DPVAT

RN Nº 011811700688 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 10/03/2016

VIA 2 CPF/CNPJ 012.479.844-60 PLACA 0J51455

RENAVAM 00478349599 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN XS

ANO FAB 2012 Nº CHASSI 9C2JC4110CR515606

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENAT/RAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.238.603/0001-04
www.sagradora.com.br

OUT-2014

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160459119 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA **Data do acidente:** 31/03/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50%

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JEFFENSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA, brasileiro(a),
 estado civil: DIVORCIADO Profissão: ATOMOMO, portador(a) do RG
002249116, órgão expedidor ITEP e do CPF: 018.449.844-60, residente
 no(a) RUA VICENTE MARTINS nº 223,
 bairro: BELO HORIZONTE, município: MOSSORÓ / RN.

OUTORGADO:

Nome: JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA, brasileiro(a)
 estado civil: CASADA Profissão: DO LAR, portador(a) do RG
003.279.073, órgão expedidor ITEP e do CPF: 942736424-68, residente
 no(a) RUA VICENTE MARTINS nº 223,
 bairro: BELO HORIZONTE, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do Sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lige e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



MOSSORÓ RN 20-06-2016

Local e Data

JEFFENSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECONHEÇO por autenticidade a firma
Jefferson Christian de Oliveira Souza
 do(a) JEFFENSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
 em 20 JUN 2016 em MOSSORÓ
 Segundo Ofício de Notas
 Rua Santos Dumont, 19 - Centro
 Mossoró - RN - CEP: 59.017-4278
 Registro em Mossoró - RN nº 3317-4278
 Reconhecedor: Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO
Francisco José Maximiano-SUBSTITUTO