

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051826/19

Número do Sinistro: 3190121836

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

CPF: 124.048.414-32

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 27/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: YURE MEDEIROS DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/05/2019
Nome: FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 071.667.874-81

FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190121836

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YURE MEDEIROS DE MELO

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190121836

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YURE MEDEIROS DE MELO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovantes de despesas médicas incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190121836

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), YURE MEDEIROS DE MELO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: YURE MEDEIROS DE MELO

Valor: R\$ 1.000,00

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 000006675-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 27/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.000,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YURE MEDEIROS DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000006675-8

Nr. da Autenticação 3371A9176686B0BE

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190121836

Data do acidente: 27/10/2018

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Mossoró

UF: RN

Análise: Primeira Análise

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data: 23/05/2019 17:28:48

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO OMBRO E DO BRACO FRAT DA DIAFISE DO UMERU -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	2.01.03.48-4	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO	1000,00	1000,00
Total da Análise Atual			1000,00	1000,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: YURE MEDEIROS DE MELO Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	1000,00	1000,00	1000,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	1000,00	1000,00	1000,00

TOTAL PLEITEADO: 1000,00

TOTAL AVALIADO: 1000,00

TOTAL PAGO + À PAGAR: 1000,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

324.048.434-32

Nome completo da vítima:

Yure Medeiros de Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

Nome completo:

Yure Medeiros de Melo

CPF:

324.048.434-32

Profissão:

Estudante

Endereço:

Rua Pupunha

Número:

305

Complemento:

Caixa

Bairro:

Dom Jaime Câmara

Cidade:

Moçoão

Estado:

RJ

CEP:

59628-593

E-mail:

Não possui

Tel. (DDD):

(84) 99327-0066

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2380

CONTA:

6675

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

RECEBIDA

12 FEV 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher o formulário, assinando e colocando a sua assinatura e a do representante legal, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé da ciência do conteúdo, a ser assinado pelo representante legal e pelo beneficiário. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

029-864893795-5

29/JAN/2019

HORA DE 13:52:43

LOT: 17.019466-3

LOCALIDADE: MOSSORO

AG, VINCULADA: 2380

TERM: 049378

CONTROLE: 139488056

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2380 013 00006675-8

YURE MEDEIROS DE MELO

VALOR

00,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

029-864893795-5

1ª VIA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002947/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2019 16:39 Data/Hora Fim: 28/01/2019 17:07
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 27/10/2018 12:10

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: BR 304 KM

Bairro: Dom Jaime Câmara
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: YURI MEDEIROS DE MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 10/05/2000
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Antonia Ilina de Medeiros Melo Nome do Pai: Antonio Gomes de Melo

Endereço

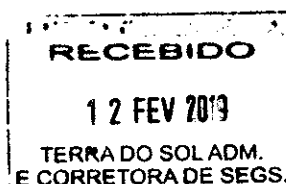
Município: Mossoró - RN
Logradouro: RUA PUPUNHA Nº: 305
Bairro: DOM JAIME CAMERA
Telefone: (84) 99954-9636 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESSA DELEGACIA NOTICIANDO QUE DIA HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO VINHA EM SUA MOTO UMA HONDA/BIZ 125 KS, PLACA NOG 7E28/RN, DE COR PRETA, ANO 2011/2012, RENAVAM 00419435590, CHASSI 9C2JC4810CR000877, CHEGANDO PRÓXIMO A ANTIGA POLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL NO BAIRRO DOM JAIME CÂMERA QUANDO UM CARRO QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VÍTIMA FEZ UMA ULTRAPASSAGEM E LOGO EM SEGUIDA FREOU CARRO, A VÍTIMA NÃO TEVE COMO DESVIAR E COLIDIU NA TRASEIRA DO CARRO QUE VEIO A CAIR DE SUA MOTO, FICANDO LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SEU PADRASTO E ENCAMINHADO AO HRTM CONFORME A FICHA DE ATENDIMENTO DE NÚMERO 29677/2018.



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Maria Elenice Martins Azevedo
Data de Impressão: 28/01/2019 17:07
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Vine - 5



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

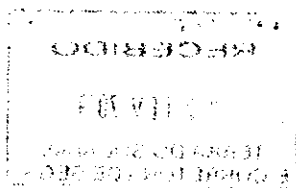
Nº: 002947/2019

ASSINATURAS


Maria Elenice Martins Azevedo
Responsável pelo Atendimento


Yuri Medeiros de Melo
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



CIP: 5424
040802035.0

+ 596.7

Vipum de acidente de resto ainda apresenta
fca dmo p^o E com incapacidade
de Ecturo do 2º P D E + fca
1/3 dntal dos h^o p^o E com fratura
incompleta unino E.

ed Ao Celso Cyano

KEILETE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM OR 6766 TEST 14293

HOSPITAL REGIONAL TARCOS
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 27.11.2018
B.1.02



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Hermes, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIA ILNA DE MEDEIROS MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PUPUNHA 305

CPF: 012.614.934-86

DOM JAIME CAMARÁ/ÁREA URBANA
MOSSORÓ RN
59828-591

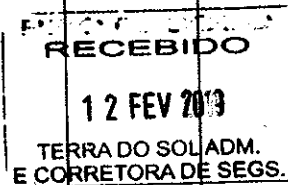
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DISSIM
017988387	UNICA	10/01/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/01/2018	3000552602	2613942

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7011255501	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO DA LETURA
17/01/2019	11/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	79,30

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	117,0000000	0,80585897	70,88
Contrib. lum. Pública Municipal			6,75
Multa por atraso-NF 016484344 - 11/12/18			1,57
Juros por atraso-NF 016484344 - 11/12/18			0,07
Atualização IGP-M-NF 016484344 - 11/12/18			0,03



TOTAL DA FATURA

79,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
2150674932	CAT	11-12-2018	1.954,00	10-01-2019	2.111,00	30	1,00000	117,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição de Energia	R\$ 25,30 35,73%
JAN 18 117		ICMS	70,88 18,00	12,75	Transmissão	R\$ 3,71 5,23%
DEZ 18 127		PIS	70,88 0,47	0,33	Distribuição (Cosern)	R\$ 17,57 24,73%
NOV 18 126		COFINS	70,88 2,17	1,53	Perdas de Energia	R\$ 4,72 6,58%
OUT 18 121					Encargos Setoriais	R\$ 4,95 6,88%
SET 18 133					Tributos	R\$ 14,81 20,81%
AGO 18 116					Total	R\$ 78,88 100%
JUL 18 111						
JUN 18 122						
MAY 18 106						
ABR 18 87						
MAR 18 30						
FEV 18 57						
JAN 18 47						
					TARIFAS APLICADAS	
					Consumo Ativo (kWh)	
					0,49081000	
					RESERVADO AO FISCO	
					54E8 21B7 E35F F98A 3F82 1EF8 C4DD DC86	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! A sua conta é enviada pelo correio, plano de rateio de novo! O cliente que não recebeu a sua conta deve entrar em contato com a Companhia Energética do Rio Grande do Norte. O pagamento desta Nota Fiscal Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação no contêiner de medição ou falha de fornecimento. Pague em atraso para multa 2% (dois por cento) sobre o valor devido, a partir de 10 dias após a data de vencimento e atualização monetária no próximo mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR ATUALIZADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
MOSSORÓ	nov/2018					inferior	superior
DIC	0,00	4,95	9,91	19,82	220	202	231
FIC	0,00	3,23	6,47	12,95			
DMIC	0,00	2,77	0,00	0,00			

Limite DICR: 12,22

ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 27,75

DATA DE VENCIMENTO 17/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 79,30

2 79300038407-5 01125550120-5 01139765753-1





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055198-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTÔNIA ILNA DE MEDEIROS MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PUPUNHA 305

CPF: 012.614.934-86

DOM JAIME CAMARÁ/ÁREA URBANA
MOSSORO RN
58628-691

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
7011255501 01/2019
DATA DE VENCIMENTO DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
17/01/2019 11/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO
017986367 UNICA 10/01/2019
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
10/01/2013 3003682652 2613842

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	117,0000000	0,80585937	70,88
Contrib. Lum. Pública Municipal			8,75
Multa por atraso - NF 016484344 - 11/12/18			1,57
Juros por atraso - NF 016484344 - 11/12/18			0,07
Atualização GPM - NF 016484344 - 11/12/18			0,03

TOTAL DA FATURA

79,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

ANO	Tipo de Medidor	Função	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
Medidor			Data	Leitura	Data	Leitura	Ocas	
2150874932	CAT		11-12-2018	1.994,00	10-01-2019	2.111,00	30	1.000,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano kWh
JAN19 117
DEZ18 127
NOV18 126
OUT18 121
SET18 133
AUG18 115
JUL18 111
JUN18 122
MAY18 106
ABR18 97
MAR18 30
FEV18 57
JAN18 47

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	70,88	18,00
PIS	70,88	0,47
COFINS	70,88	2,17

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	25,32	35,72%
Transmissão	3,71	5,25%
Distribuição (Cosern)	17,57	24,73%
Perdas de Energia	4,72	6,65%
Encargos Salariais	4,95	6,98%
Tributos	14,61	20,61%
Total	70,88	100%

TARIFAS APLICADAS

0,40081000

RESERVAÇÃO AO FISCO

54E6 21B7 E35F F98A 3F92 1EF9 C4DD DC38

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no pontinho perto de você e não perder a oportunidade de pagar a taxa de mão e evitar a multa. O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há variação de consumo individual ou domicílio de tensão do fornecimento. Pague em atraso gera multa 2% (R\$ 414,14/ANEE), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês. O cliente é compensado quando há descompensação do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Preço da Energia 414/2010), tarifas, prazos, serviços e outros regulados no ato de contratação das concessões, para consulta, em qualquer unidade de atendimento no site www.cosern.com.br

RECEBIDO

12 FEV 2019

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS

CONSUMO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
MOSSORO	10/2018	0,00	4,95	9,91
		0,00	3,23	6,47
		0,00	2,77	0,00

Limite DCR: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 27,75

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202
	231

DATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

01/2019

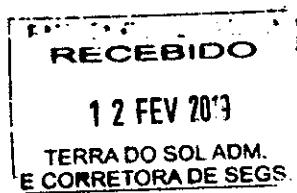
17/01/2019


79,30

2 79300038407-5 01125550120-5 01139765753-1

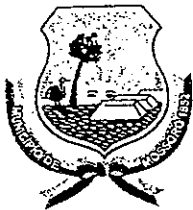


Declaro para os devidos fins que o paciente **Yure Medeiros de Melo**, portador do CPF: **124.048.414-32**, realizou tratamento de fisioterapia no período de Novembro de 2018 à Janeiro de 2019, totalizando **20 sessões** de fisioterapia, no valor de R\$ **1000,00**.




Rafael Maia Morais
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 211997-F

Rafael Maia Morais
CREFITO 211997-F



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário _____

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
Paciente: Yuxa Medeiros de Melo
Endereço: _____
Idade: 38 anos Sexo: M (X) F () Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Trauma de membro superior e inferior esquerdo.

Resultado dos Exames: _____

Tratamento já realizado: _____

Impressão diagnóstica: _____

PROFISSIONAL _____

DATA _____/_____/_____

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: Fisioterapia

Consulta marcada para a unidade: _____ Município: _____

Para o Dr. _____ às _____ Horas do dia _____/_____/_____

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____

PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Observações: _____

PROFISSIONAL _____

DATA _____/_____/_____

RECEBIDO

12 FEV 2013

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (Prontuário Nº _____)

Orienta-o para retornar a Unidade de origem _____ Município _____

Declaro para os devidos fins que o paciente Yure Medeiros de Melo, portador do CPF:124.048.414-32 realizou tratamento de fisioterapia no período de Novembro de 2018 à janeiro de 2019, totalizando 20 sessões, no valor de R\$ 1000,00.

As sessões foram realizadas 3 vezes na semana, nas datas: 19/11/18, 21/11/18, 23/11/18, 26/11/18, 28/11/18, 30/11/18, 03/12/18, 05/12/18, 07/12/18, 10/12/18, 12/12/18, 14/12/18, 17/12/18, 19/12/18, 21/12/18, 02/01/19, 04/01/19, 07/01/19, 09/01/19 e 11/01/19.

Foram realizados exercícios de mobilização articular, liberação miofascial, alongamentos em membro superior esquerdo e membro inferior esquerdo, finalizando com exercícios de fortalecimento e treino de marcha.

Rafael Maia Moraes

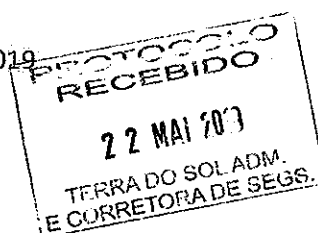
FISIOTERAPEUTA

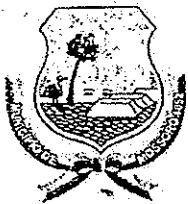
CREFITO: 211997-F

Rafael Maia Moraes

CREFITO 211997-F

Mossoró/RN, 15 de Maio de 2019





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário _____

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: Mossoró
Paciente: Yure Medeiros de Melo
Endereço: _____
Idade: 18 anos Sexo: M (☒) F () Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Trauma de membro superior e inferior
esquerdo decorrente de acidente automobilístico.
Solicito 20 sessões de fisioterapia para reabilita-
ção

Resultado dos Exames: _____

Tratamento já realizado: 15x

Impressão diagnóstica: _____

Jaby M. C. Freitas
Médica
CRM 7556
PROFISSIONAL

Jaby M. C. Freitas
Médica
CRM 7556

_____/_____/_____
DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: Fisioterapia

Consulta marcada para a unidade: _____ Município: _____

Para o Dr. _____ às _____ Horas do dia ____/____/____

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____

PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames Realizados: _____

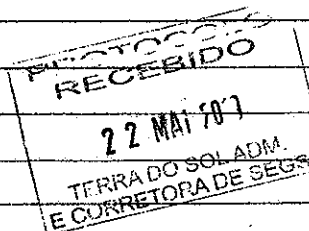
Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Observações: _____

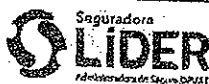
PROFISSIONAL

_____/_____/_____
DATA



Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (Prontuário Nº _____)

Orienta-o para retornar a Unidade de origem _____ Município: _____



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francielio Antonio de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 073.667.874, 83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Yure Medeiros de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 324.048.434, 32

do sinistro de DPVAT cobertura Dano da Vítima Yure Medeiros de Melo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 324.048.434, 32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

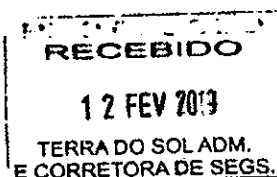
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Ripunha</u>	Número: <u>305</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Dom Jaime Câmara</u>	Cidade: <u>Morroco</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>	CEP: <u>59628-561</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Morroco - RN 05/02/2019

Francielio Antonio de Oliveira

Assinatura do Declarante



Prontuário: 204215



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente YURI MEDEIROS DE MELO (Fia: 4584/2018), CPF:12404841432.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 27 de Outubro de 2018.

Antônia Tereza de Medeiros Melo
Paciente ou responsável

NÚMERO
EPIDEMIOLÓGICO
DATA 30/10/18
ASSINATURA

CCIH - HRTM
DATA 31/10/18
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 30.11.2018
SIMEARQUIVO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES 2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE YURI MEDEIROS DE MELO (8 - 4584/2018)	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 204215
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 10/05/2000
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE ANTONIA ILNA MEDEIROS MELO	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 33153390
13 - NOME DO RESPONSÁVEL YURI MEDEIROS DE MELO	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 33153390
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) OLHO D'AGUA VELHO, 1 - ÁREA RURAL DE MOSSORO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 240800
18 - UF RN	19 - CEP 59649899

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fx UNHAS DISTAL (EXPL) + LABE TENDÃO		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO Unha de mão		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Dx + Fx UNHAS		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO		
24 - CID 10 PRINCIPAL S42.4	25 - CID 10 SECUNDÁRIO V24.9	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE EPI~CONDILO / EPI	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 408020350
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2
31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 04875138436
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE KEILERTE RENES GURGEL PAIVA	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/10/2018
35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) Depo A. Oliveira CRM 171336 CRM 171336 CRM 171336	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 30.11.2018 BIAO
48 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	



301-4

Nome: YURI MEDEIROS DE MELO Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
27/10/18	EX EXPOSTA INICIAL DE
	UMERO DIOSI Q2
	+
	USO TENDINHA EXPOS DE EXENJOS
	IN PE' Q2
	REVISAM UMERO DRUGAS + TENDINHA

PRESCRIÇÃO

[illegible]

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 310 11/2018
31/08
SAME ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome YURI MEDEIROS DE MELO Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: FX EXP. DO TUMOR DO VULVA

Indicação terapêutica: USAR TENDÃO DE O2

TENDÃO DE VULVA VULVAR

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador GURAGL

1ª Auxiliar: WID PEREIRA

2ª Auxiliar: ALAN AUG

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: WID

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 30.11.2018

SAME/ARQUIVO

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) RCT OVA, 20B ANOTA
- 2) ASSUMIR E DANÇAR E CANTO
- 3) LIMPAS VULVAS CORTA EM VULVA E PE' O2
- 4) SUTURA EM OVA
- 5) TENDÃO DE OVA EM PE' O2
- 6) VULVA TENDÃO

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 7406
CRM-PB 25556
1507-1567

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

Nome: YURI MEDEIROS DE MELO 18 ANOS
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
 DATA DA ADMISSÃO: 27/10/18

Leito: 210-2
 MOSSORÓ-RN Código:

DATA	EVOLUÇÃO
28/10/18	2 DIH: FX EXPOSTA DE UMEROS DISTAL ESQUERDO + LESÃO TENDINEA EXPOSTA DE EXTENSORES DO PÉ ESQUERDO REFERE DOR. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. CD: VPM

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	
2	SFO,9% 1500ML EV PARA 24H	1º 2º 3º
3	CEFALOTINA 1G + ABD EV 6/6H	10 06 22 04
4	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10 06 22 04
5	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
6	TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H S/N	S/N
7	TILATIL 40MG + ABD EV 1X/DIA	10
8	CURATIVO DIÁRIO	
9	SSVV+CCGG	

*At. Prescrita p/ Amelie Rêgo
 ABH de At. Suíte!*

KEILIANE GUERREIRO
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM/RN 67.66 TEO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 30.11.2018
 BLM
 SAME MOSSORÓ

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

Nome: YURI MEDEIROS DE MELO 18 ANOS
 CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
 DATA DA ADMISSÃO: 27/10/18

Leito: ~~210-2~~

MOSSORÓ-RN

Código:

DATA	EVOLUÇÃO
29/10/18	3 DIH: FX EXPOSTA DE UMERU DISTAL ESQUERDO + LESÃO TENDINEA EXPOSTA DE EXTENSORES DO PÉ ESQUERDO REFERE DOR. DIURESE FISIOLÓGICA. Neurovascular sem alteração. CD: VPM

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	
2	SFO,9% 1500ML EV PARA 24H	1 ^o 2 ^o 3 ^o
3	CEFALOTINA 1G + ABD EV 6/6H	10 16 22 04
4	DIPIRONA 01AMP + ABD EV 6/6H	10 16 22 04
5	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM	06
6	TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H S/N	SA
7	TILATIL 40MG + ABD EV 1X/DIA	10
8	CURATIVO DIARIO	
9	SSVV+CCGG	

Dr. Rodrigo Jales Barreto
 Ortopedia e Traumatologia
 Cir. Do Joelho
 CRM-RN 4759 TEST - 11 72

At + 1:00 L

At + 1:00 L

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 GAB. MOSSORÓ 30.11.2018

SAME/ARQUIVO

CIP: 5424
040802035.0

+ 596.4

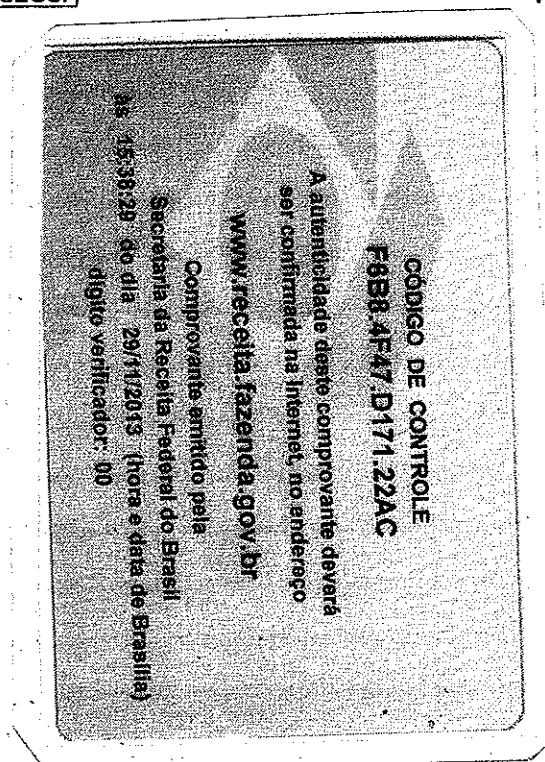
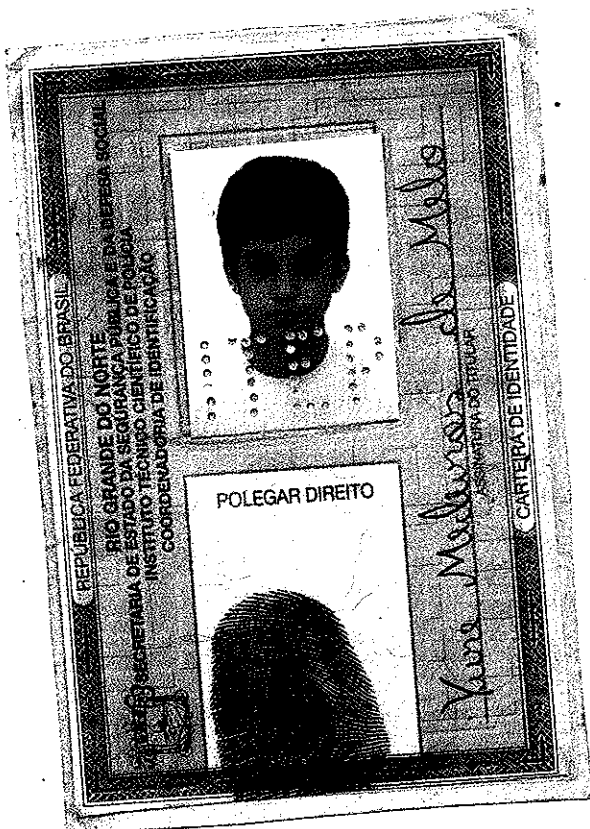
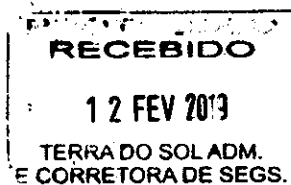
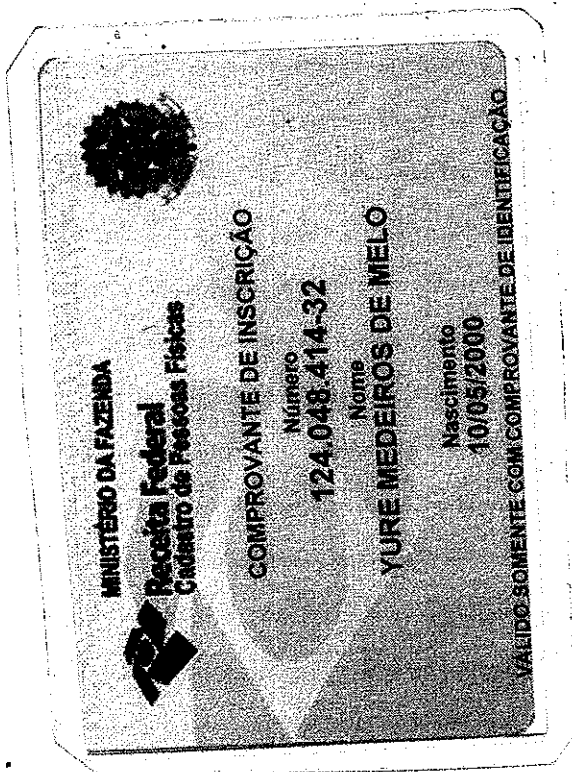
Vipum de acidente de visto oculi epende
fcc dmo p^r E com inapreciavel
de febre do 2º PDB + fcc
1/3 dutil do hno ca B com perfum
incompleto ummo E.

ed to Culu cyano

KÉILETE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM OR 0756 TEST 14293

HOSPITAL REGIONAL TARCOS
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 27.11.2018
B.100

EXEMPLO
EXEMPLO
EXEMPLO
EXEMPLO
EXEMPLO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOME: FRANCIELLO ANTONIO DE OLIVEIRA

DATA DE EXPEDIÇÃO: 21/09/2010

DATA DE NASCIMENTO: 15/06/1986

FILIAÇÃO: ANTONIO ALFREDO DE OLIVEIRA
MARIA MARGARIDA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE: MOSSORO RN

DOC ORIGEM: CERT. DE NASCIMENTO L-A163 F-138 RG-74139

CPF: 071.667.874-81

2a. VIA

Assistida Bezerra Souza Dantas

Assessoria Geral - TEP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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

Assistida Bezerra Souza Dantas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECEBIDO

12 FEV 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
Nº 013832150330
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 00419435590 - RNTRO - EXERCÍCIO 2018
NOME YURE MEDEIROS DE MELO

OPF/CNPJ 124.048.414-32 - PLACA NOG7E28
PLACA ANT/UF NOG7428/RN - CHASSI 9C2JC4810CR000877

ESPECIE/TIPO PASSAGEIRO/MOTONETA/MAO APLICAVEL - COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL
MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 KS - ANO FAB 2011 - ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL OCT/124 CILINDRADAS - CATEGORIA PARTICULAR - COR PREDOMINANTE PRETA
COTA UNICA VENC. COTA UNICA 08/08/2018 - VENC/COTAS 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 002005 3K - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
TAXAS DETRAN: PAGO - DPVAT: PAGO

MOTOR: 004881C000877
MOTOR: 004881C000877
MOTOR: 004881C000877

DETRAN - RN

RN Nº 013832150330 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 2 - OPF/CNPJ 124.048.414-32 - EXERCÍCIO 2018 - DATA EMISSÃO 18/01/2019
PLACA NOG7E28
RENAVAM 00419435590 - MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 KS - Nº CHASSI 9C2JC4810CR000877

ANO FAB 2011 - CAT. TARE 9 - PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO - COTA UNICA - DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0E2-2017

RECEBIDO
12 FEV 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: <u>Yure Medeiros de Melo</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO: <u>Estudante</u>	
IDENTIDADE: <u>003.605.384</u>	CPF: <u>124.048.414-32</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Pupunha nº 305 Dom Jaime comoro</u>	

OUTORGADO

NOME: <u>Francielis Antonio de Oliveira</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO: <u>Getseuro</u>	
IDENTIDADE: <u>002.673.613</u>	CPF: <u>041.667.874-81</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Pupunha nº 305 Dom Jaime comoro</u>	

NOME DA VÍTIMA: Yure Medeiros de Melo

DATA DO ACIDENTE: 27/10/2018 COBERTURA: Dam's

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Mossoró RN 29/01/19
LOCAL E DATA



RECEBIDO

12 FEV 2019

TENIA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

Yure Medeiros de Melo
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO DE NOTARIAS
Rua Saneas Dumond 18 - Centro
Mossoró - RN Fone: (54) 3017-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma de Yure Medeiros de Melo

em 29 de JAN de 2019

Em Teste da da verdade

Carolina

- ☐ Luzinete B. de Mendonça Fernandes - TABELIA
- ☐ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
- ☒ Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
- ☐ Lusane Kelly Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051826/19

Vítima: YURE MEDEIROS DE MELO

CPF: 124.048.414-32

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: YURE MEDEIROS DE MELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA : 071.667.874-81

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

YURE MEDEIROS DE MELO : 124.048.414-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA
CPF: 071.667.874-81

FRANCIELIO ANTONIO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA