
Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE WILSON DANTAS**

Sinistro: **3180238872**
Vítima: **JOSE WILSON DANTAS**
Data do Acidente: **02/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CICERO RENATO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180238872** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta n°: 12999634

A/C: JOSE WILSON DANTAS

Nº Sinistro: 3180238872
Vitima: JOSE WILSON DANTAS
Data do Acidente: 02/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CICERO RENATO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE WILSON DANTAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002640-9

Conta: 000010018323-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

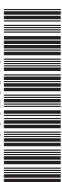
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180238872**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE WILSON DANTAS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSE FELINTO DA SILVA nº 139 - PLANALTO - BREJINHO/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 001.452.113 - SSP**

Data e local do acidente: **02/02/2018 MONTE ALEGRE/RN**

Data e local do exame: **06/06/2018 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da patela esquerda.

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

Realizado osteossíntese com fios de Kirschner de fratura da patela esquerda seguido de fisioterapia.

Alta em junho de 2018.

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

Cicatriz longitudinal na face anterior do joelho esquerdo.

Dor e limitação da flexão do joelho esquerdo após 60°.

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

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

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

Déficit funcional leve do joelho esquerdo

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **JOELHO ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN


Dr. Justino Nobreiro
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia de Querato
CRM-NR: 3940-4970

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

897.224.424-49

Nome completo da vítima

Jose Wilson Dantas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jose Wilson Dantas	CPF titular da conta	897.224.424-49	Profissão	Joguista
Endereço	Jose Wilson Dantas	Número	139	Complemento	
Bairro	Silva	Cidade	Brasino	Estado	RN
Email	(89) 98780-6894	CEP	59219-000	Telefone (DD)	(84) 99120-3370

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	Banco do Brasil		
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
2640	9	18.323	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Local e Data
Nova Cruz/RN 17 de Abril de 2018

**PROTÓCOLO
RECIBIDO**

23 MAI 2018

*TERRITÓRIO SUL ADM
EX-REITORADO SEGS*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1000, 1901.1

•• Fábrica de Gato Caramelo ••

Ag.
2640-9

18.323-7

A. 5

EXTRATO CINTA DESENHADA PARA SISTEMA COMBINADO
LARGURA: 250mm LARGURA: 900mm LARGURA: 1200mm

RESUMO	VALOR
10/03/2018	
Saldo Anterior	17.660
+ SAÚDE - R\$ 1.440,00	-1.440,00
Juros	0,00
Data de Débito da Fatura:	01/03/2018
00	0,00
Data de Débito no RP:	01/03/2018
Informações de acordo com o resultado das validações de débitos diários na data anterior ao resultado.	
SAÚDE COMBINA-SALARÍO	0,000
Límite de Crédito	Creditado

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**
23 MAI 2018

apresentando resultados melhores

Digitized by srujanika@gmail.com

Servizio di Archiviazione dei Comitati
per i TA 02



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1^a DRP – São Paulo do Potengi/RN
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL – MONTE ALEGRE/RN
Rua Alfredo Xavier, s/nº - Centro - CEP: 59.182-000 - Fone: 84 3276-2884

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 495/2018 - DPMA EM ADITIVO AO BO

425/2018 – DPMA.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Veículo

Local: Rua Dom Pedro – Centro – Brejinho/RN.

Data e Hora do Fato: 02/02/2018 por volta 10:00hs.

PROTÓCOLO
RECEBIDO

23 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGUROS

Vítima: Jose Wilson Dantas Sexo: M Est. Civil: Outros

Filiação: Maria das Dores Dantas.

Natural de: Brejinho/RN Nascido em: 08/01/1975

RG: 1.452.113 SSP/RN CPF:

Endereço: Rua Jose Felinto da Silva, 139 – Conj. Planalto - Brejinho/RN

Profissão: Agricultor Telefone: 849 9157-3438

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O Comunicante compareceu até esta Delegacia de Polícia para informar que pilotava uma MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN KS, PLACA MYB0933, RENAVAM 00754496600, ANO FAB: MOD 2001/2001, COR AZUL, FINAL CHASSI 098626; QUE o veículo supracitado está em nome de Maria Solidade dos Santos; QUE a vítima vinha na rua supracitado, não observou a carroça na sua frente colidiu na mesma; QUE moradores acionaram a ambulância do município de Brejinho; QUE no hospital de Brejinho recebeu os primeiros socorros, e, em seguida encaminhado para o Hospital Walfredo Gurgel – Natal/RN, boletim de atendimento de urgência N° 5375/2018; QUE a vítima não é habilitado; QUE nada mais declarou.

OBS: Este aditivo teve a finalidade de retificar a data do fato, tendo como data correta 02/02/2018.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do comunicante.

Providências Adotadas: Registro do Boletim de Ocorrência. Dado ciência à Autoridade Policial.

Monte Alegre/RN,

ter, 10 de abr de 18 às 14:18 04/P4

x José Wilson Dantas

Comunicante

Joséus de Assis Rocha
Apc - Mat. N° 207.076-6

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima **jose wilson dantas** | CPF da Vítima **897.224.424-49** | Data do Acidente **02.02.2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

PROTOCOLO RECEBIDO
23 MAI 2018
TERRA DO SOL ADIA
E CORRETORA DE SEGS

Novo Bragado, 17 de Maio de 2018

Local e Data

José Wilson Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILSON DANTAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02640-9

CONTA: 000010018323-9

Nr. da Autenticação 2B87730E339A0985

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE**
RUA MERMOS, 160, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59026-250
CNPJ 09.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuítas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvilínia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA ZULEIDE DA CUNHA

CPF: 634.309.834-87 NIS: 18387487383

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE FELINTO DA SILVA 139

PLANALTO/ÁREA URBANA
59218-000 BREJINHO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 045/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

20/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

22,86

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

003388679

CONTA CONTRATO

000192766018

Nº DO CLIENTE

3000639716

Nº DA INSTALAÇÃO

0000103216

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

978D.CF4A.3CE1.A461.BA06.9EE3.D7A8.469D

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18251065	5,47
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	44,00	0,31267523	13,76
ICMS-Parcela Subvençionala			3,63
TOTAL DA FATURA			22,86

PROTÓCOLO RECEBIDO

23 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh 0,14263200
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,24491200

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
MAR	18	74
FEV	18	69
JAN	18	82
DEZ	17	80
NOV	17	71
OUT	17	62
SET	17	83
AGO	17	78
JUL	17	71
JUN	17	77
MAR	17	62
ABR	17	84
MAR	17	94

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Despesa de Energia	6,89	30,95
Transmissão	0,93	4,09
Distribuição (Cosern)	4,89	25,43
Impostos Sociais	1,46	7,70
Impostos	4,10	21,79
TOTAL	19,23	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	COLUNA	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
	Jan/2018				
DIC-Nodo isolado sem Energia	BREJINHO	0,00	6,79	11,58	23,16
FXI-Nodo de vez em quando		0,00	3,20	6,60	13,20
DNIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICR-Último dia de interrupção em dia crítico					4 Unidades DICR=12,22
BUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 6,00					
Todos os consumidores podem solicitar a apresentação dos Indicadores QIC, RIC, DNIC e QCR a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NR. DO BLOCO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTIGA DATA	ATUAL DATA	Nº LEITURA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
00000002120124946	CAT	09/02/2018 6.088,00	13/03/2018 6.162,00	32	1.000000	0,00	74,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/04/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (R\$414,00/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 20,35.

O Cliente é compensado quando há descomprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Combate o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTACQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000192755018	03/2018	22,86	20/03/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 228600384007 192755018204 011135225235

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Wilson Dantas
RG nº 003.452-113 data de expedição 02/04/18, Órgão SSP/

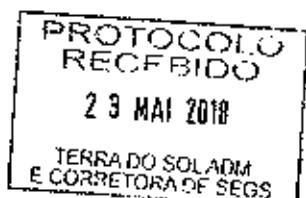
CPF nº 897.224.424-49 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>José Felinto da Silva</u>
Número	<u>139</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Planalto</u>
Cidade	<u>Brejinho</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59219-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99120-3370 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nova Cruz/RN 17-04-18

Assinatura do Declarante: José Wilson Dantas



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE**
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lote 10.438, de 26/04/02

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSEBN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Quvidone 0800 084 0404

Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

R\$EP: 0800 727 0167 - Ligação Gratuita do telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL- 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA ZULEIDE DA CUNHA
CPF: 834.308.834-87 NIS: 18367487380

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSÉ FELINTO DA SILVA 139

PLANALTO/ÁREA URBANA
68218-000 BREJINHO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 10/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos serão encontradas à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.eoseiro.com.br

DATA DE VENCIMENTO 20/03/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/03/2018	CONTA CONTRATO 000192755018
TOTAL A PAGAR (R\$) 22,86	DATA DA APRESENTAÇÃO 13/03/2018	Nº DO CLIENTE 3000888746
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 003388679	Nº DA INSTALAÇÃO 0000103216
	Série: U	
CLASSIFICAÇÃO		
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO		
976D.CF4A.3CE1.A461.BA06.9EE3.D7A8.469D		

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

23 MAY 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Tarifas Aplicadas		Histórico do Consumo	
			KWh
Consumo Ativo até 30 kWh	0,14283200	MAR	18
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	0,24451200	FEV	18
		JAN	18
		DEZ	17
		NOV	17
		OUT	17
		SET	17
		AGO	17
		JUL	17
		JUN	17
		MAR	17
		ABR	17
		MAR	17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONSULTA	VALOR APURADO	MÉIA MENSAL	MÍDIA TRIM.	MÉIA ANUAL			
Janeiro/2010								
DIG-Nº de horas sem Energia	BREJINHO	0,00	6,79	11,58	22,16			
FSG-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,20	5,60	10,20			
DMIC-Duracão máxima de interrupção contínua		0,00	0,37	0,09	0,00			
MEGR-Duração de interrupção em dia útil/ano			Última DGR: 12,22					
<hr/>								
Base-Valor do Encargo de Usina - R\$ 6,50								
Todo Consumidor paga contribuir com a manutenção dos Indicadores DIG, FSG, DMIC e MEGR a qualquer momento.								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

No dia da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aer-cti.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (R\$414,00/EL), Juros 1% -m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 20,35.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pagamentos de

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000192755018	03/2018	22,86	20/03/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora óptica.

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Renato da Silva

RG nº 1.563.115, data de expedição 23/09/13, Órgão SSP/RN

CPF nº 875.268.244-72, 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>José Felinto da Silva</u>
Número	<u>139</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Planalto</u>
Cidade	<u>Brazlândia</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59219-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99120-3370 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Nova Cruz/RN 11/04/18



Assinatura do Declarante:

Fábio Renato da Silva

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Leandro Rinaldo da Silva inscrito (a) no CPF 875.068.244-72,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Wilson Dantos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 897.234.424-49 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Jose Wilson Dantos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 897.234.424-49,
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	
Rua: <u>Jose Felinto da Silva</u>		139	Complemento
Bairro	<u>Planalto</u>	Cidade	<u>Brejinho</u>
Email		Estado	<u>RN</u>
		CEP	<u>59219-000</u>
		Telefone comercial (DDD)	
		Telefone celular (DDD)	

Nova Cruz/RN 31 de abril de 2018
Local e Data

Leandro Rinaldo da Silva
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO RECEBIDO
23 MAI 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGUROS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Solidade Dos Santos

RG nº 001.888.760 data de expedição 25/04/12
 Órgão SEPF RN na cidade de Brejinho, onde
 resido, no Estado de RN, com domicílio
 complemento Manatto, nº 139, (Rua/Avenida/Estrada)
 mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
José Wilson Santos etijo o condutor era

Veículo: Moto
 Modelo: Honda / CG 125 Titan
 Ano: 2001
 Placa: MVB 0933
 Chassi: ~~q29c30101R098626~~
 Data do Acidente: 02.02.12
 Local e Data: Nova Cruz/RN 17.04.18

PROTOCOLO
RECEBIDO
23 MAI 2018
TERRA DO SOLADINHO
E CORRETORA DE SEGS

Maria Solidade Dos Santos
 Assinatura do Declarante

José Wilson Santos
 Assinatura do Condutor
 não a vítima reclamante caso seja um terceiro que



Maria de Fátima Andrade Silva
 Subscritora
 Anne Kalilene Andrade Silva
 Testemunha

Reconheço(a)s minha(s) firma(s) de 10 APR 2018
 e devidamente assinada(s) com a
 AUTENTICIDADE RECONHECIMENTO
 SEMELHANÇA
 Brejinho/RN, 10 APR 2018
 Em test^o da verdade
 Bel^a Anne Kalilene Andrade Silva
 Testemunha
 Válido para fins de identificação e fiscalização
 CPF/MF N° 011.683.994-36



Reconheço(a)s minha(s) firma(s) de 10 APR 2018
 e devidamente assinada(s) com a
 AUTENTICIDADE RECONHECIMENTO
 SEMELHANÇA
 Brejinho/RN, 10 APR 2018
 Em test^o da verdade
 Bel^a Anne Kalilene Andrade Silva
 Testemunha
 Válido para fins de identificação e fiscalização
 CPF/MF N° 011.683.994-36

ESTADO DE MÉXICO

DEPARTAMENTO DE AGROINDUSTRIA

SECCIÓN DE ESTADÍSTICA Y PROYECTOS DE IMAGEN

ESTADÍSTICA Y PROYECTOS DE IMAGEN

LABORATORIO DE CIENCIAS CLÍNICAS

OTROS

CLINICAS CLÍNICAS (MEDICACIONES & PROCEDIMIENTOS)

ANALISIS DE UNA IMAGEN

M.A. MARTIN DAS 0.000
DRAFTS

2020-21: 1. 415.2% of 3.2%



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DE OCCLÉCIO M. LUCENA
A.V.A. PARNAMIRIM /RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORG N° 30

NOME: JOSÉ WILSON DANTAS
IDADE: 05/01/1975 COR: PAREADO SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: B.R.E SANTOS PROFISSÃO: ALCOOLICO PROCEDÊNCIA:
ENDERECO: RUA 100, N. 139 BAIRRO: CENTRO
CIDADE: B.R.E SANTOS DATA: 24-02-2018 HORA: 17:05

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
C/ HEMORRAGIA EM CONVULSAO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

ALÉGA ACIDENTE DE TRABALHO

50M

No

OUTROS

ESCORE FINAL (SCORE) DE TRAUMA MORBIDICARDIACO

TEMPO DE VIDA MODIFICADO) A+B+C

HISTÓRIA: CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) *Pelos* com febre de 40
Falta de sfo. 22 dias
Exacerbação do HIV

EXAME Síncro

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-PTS

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractionality

Id. Paciente: 5375
Paciente: JOSE WILSON DANTAS

Data Exame: 02/02/2013 21:55:03
Local: RUE HOGARDO AP
HOSPITAL MONSERRAT WALFREDO GURGEL

Tecnico: TEC. RAQUEL DA SILVA
Idade: 43 anno(s)

65,9%
JOELHO AB
Data Exame 02/02/2018 21:55:03
Técnico TEC RAQUEL DA SILVA
Idade 43 anos(s)
Dr. Paciente 5375
Paciente JOSE WILSON DANTAS
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GÜRGEL

JOELHO

MES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

MATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
NICA MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
UROCIURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

OU NO LOCAL HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>ORTOPEDIA</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
OU-SE POR _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> HORA _____
EGUE _____ / _____ / _____	A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> HORA _____	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Rogério Santos Ortopedia e Traumatologia CRM-MG 1226 - SBOF 1941 MÉDICO (Carimbo)</i>		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

REGISTRO DE SAÍDA
Sistema de Informações
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-8570000 (Número de identificação)

A-Codes

2-IDENTIFICAMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GEOFÓCICO MARQUES DE SOUZA

A-Names

OFFICE

3-EXECUTANTE

RÔNALDO GOMES LIMA

Nome do Executivo

10048

4-APLICAÇÃO DO DOCUMENTO

5-ANO DE EMISSÃO

6-MÊS DE EMISSÃO

7-DIA DE EMISSÃO

MARIA DAS DORES DANTAS

Nome da Executante

10048

8-ENDERECO DA CUNHA

9-TELEFONE DE CONTATO

10-TELEFONE DE CELULAR

11-ENDERECO DA SILVA, 136

12-CEP

13-UF

14-ESCRITÓRIO

15-PLANO DE ATENDIMENTO

16-PLANO DE INTERNAÇÃO

17-PLANO DE CONSULTA

18-PLANO DE EXAMES

19-PLANO DE FARMACOLOGIA

20-PLANO DE ENFERMAGEM

21-PLANO DE TÉCNICAS

22-PLANO DE FISIOTERAPIA

23-PLANO DE DIETETICA

24-PLANO DE FARMACOLOGIA

25-PLANO DE ENFERMAGEM

26-PLANO DE TÉCNICAS

27-PLANO DE FISIOTERAPIA

28-PLANO DE DIETETICA

29-PLANO DE FARMACOLOGIA

30-PLANO DE ENFERMAGEM

31-PLANO DE TÉCNICAS

32-PLANO DE FISIOTERAPIA

33-PLANO DE DIETETICA

34-PLANO DE FARMACOLOGIA

35-PLANO DE ENFERMAGEM

36-PLANO DE TÉCNICAS

37-PLANO DE FISIOTERAPIA

38-PLANO DE DIETETICA

39-PLANO DE FARMACOLOGIA

40-PLANO DE ENFERMAGEM

41-PLANO DE TÉCNICAS

42-PLANO DE FISIOTERAPIA

43-PLANO DE DIETETICA

44-PLANO DE FARMACOLOGIA

45-PLANO DE ENFERMAGEM

46-PLANO DE TÉCNICAS

47-PLANO DE FISIOTERAPIA

48-PLANO DE DIETETICA

49-PLANO DE FARMACOLOGIA

50-PLANO DE ENFERMAGEM

51-PLANO DE TÉCNICAS

52-PLANO DE FISIOTERAPIA

53-PLANO DE DIETETICA

54-PLANO DE FARMACOLOGIA

55-PLANO DE ENFERMAGEM

56-PLANO DE TÉCNICAS

57-PLANO DE FISIOTERAPIA

58-PLANO DE DIETETICA

59-PLANO DE FARMACOLOGIA

60-PLANO DE ENFERMAGEM

61-PLANO DE TÉCNICAS

62-PLANO DE FISIOTERAPIA

63-PLANO DE DIETETICA

64-PLANO DE FARMACOLOGIA

65-PLANO DE ENFERMAGEM

66-PLANO DE TÉCNICAS

67-PLANO DE FISIOTERAPIA

68-PLANO DE DIETETICA

69-PLANO DE FARMACOLOGIA

70-PLANO DE ENFERMAGEM

71-PLANO DE TÉCNICAS

72-PLANO DE FISIOTERAPIA

73-PLANO DE DIETETICA

74-PLANO DE FARMACOLOGIA

75-PLANO DE ENFERMAGEM

76-PLANO DE TÉCNICAS

77-PLANO DE FISIOTERAPIA

78-PLANO DE DIETETICA

79-PLANO DE FARMACOLOGIA

80-PLANO DE ENFERMAGEM

81-PLANO DE TÉCNICAS

82-PLANO DE FISIOTERAPIA

83-PLANO DE DIETETICA

84-PLANO DE FARMACOLOGIA

85-PLANO DE ENFERMAGEM

86-PLANO DE TÉCNICAS

87-PLANO DE FISIOTERAPIA

88-PLANO DE DIETETICA

89-PLANO DE FARMACOLOGIA

90-PLANO DE ENFERMAGEM

91-PLANO DE TÉCNICAS

92-PLANO DE FISIOTERAPIA

93-PLANO DE DIETETICA

94-PLANO DE FARMACOLOGIA

95-PLANO DE ENFERMAGEM

96-PLANO DE TÉCNICAS

97-PLANO DE FISIOTERAPIA

98-PLANO DE DIETETICA

99-PLANO DE FARMACOLOGIA

100-PLANO DE ENFERMAGEM

101-PLANO DE TÉCNICAS

102-PLANO DE FISIOTERAPIA

103-PLANO DE DIETETICA

104-PLANO DE FARMACOLOGIA

105-PLANO DE ENFERMAGEM

106-PLANO DE TÉCNICAS

107-PLANO DE FISIOTERAPIA

108-PLANO DE DIETETICA

109-PLANO DE FARMACOLOGIA

110-PLANO DE ENFERMAGEM

111-PLANO DE TÉCNICAS

112-PLANO DE FISIOTERAPIA

113-PLANO DE DIETETICA

114-PLANO DE FARMACOLOGIA

115-PLANO DE ENFERMAGEM

116-PLANO DE TÉCNICAS

117-PLANO DE FISIOTERAPIA

118-PLANO DE DIETETICA

119-PLANO DE FARMACOLOGIA

120-PLANO DE ENFERMAGEM

121-PLANO DE TÉCNICAS

122-PLANO DE FISIOTERAPIA

123-PLANO DE DIETETICA

124-PLANO DE FARMACOLOGIA

125-PLANO DE ENFERMAGEM

126-PLANO DE TÉCNICAS

127-PLANO DE FISIOTERAPIA

128-PLANO DE DIETETICA

129-PLANO DE FARMACOLOGIA

130-PLANO DE ENFERMAGEM

131-PLANO DE TÉCNICAS

132-PLANO DE FISIOTERAPIA

133-PLANO DE DIETETICA

134-PLANO DE FARMACOLOGIA

135-PLANO DE ENFERMAGEM

136-PLANO DE TÉCNICAS

137-PLANO DE FISIOTERAPIA

138-PLANO DE DIETETICA

139-PLANO DE FARMACOLOGIA

140-PLANO DE ENFERMAGEM

141-PLANO DE TÉCNICAS

142-PLANO DE FISIOTERAPIA

143-PLANO DE DIETETICA

144-PLANO DE FARMACOLOGIA

145-PLANO DE ENFERMAGEM

146-PLANO DE TÉCNICAS

147-PLANO DE FISIOTERAPIA

148-PLANO DE DIETETICA

149-PLANO DE FARMACOLOGIA

150-PLANO DE ENFERMAGEM

151-PLANO DE TÉCNICAS

152-PLANO DE FISIOTERAPIA

153-PLANO DE DIETETICA

154-PLANO DE FARMACOLOGIA

155-PLANO DE ENFERMAGEM

156-PLANO DE TÉCNICAS

157-PLANO DE FISIOTERAPIA

158-PLANO DE DIETETICA

159-PLANO DE FARMACOLOGIA

160-PLANO DE ENFERMAGEM

161-PLANO DE TÉCNICAS

162-PLANO DE FISIOTERAPIA

163-PLANO DE DIETETICA

164-PLANO DE FARMACOLOGIA

165-PLANO DE ENFERMAGEM

166-PLANO DE TÉCNICAS

167-PLANO DE FISIOTERAPIA

168-PLANO DE DIETETICA

169-PLANO DE FARMACOLOGIA

170-PLANO DE ENFERMAGEM

171-PLANO DE TÉCNICAS

172-PLANO DE FISIOTERAPIA

173-PLANO DE DIETETICA

174-PLANO DE FARMACOLOGIA

175-PLANO DE ENFERMAGEM

176-PLANO DE TÉCNICAS

177-PLANO DE FISIOTERAPIA

178-PLANO DE DIETETICA

179-PLANO DE FARMACOLOGIA

180-PLANO DE ENFERMAGEM

181-PLANO DE TÉCNICAS

182-PLANO DE FISIOTERAPIA

183-PLANO DE DIETETICA

184-PLANO DE FARMACOLOGIA

185-PLANO DE ENFERMAGEM

186-PLANO DE TÉCNICAS

187-PLANO DE FISIOTERAPIA

188-PLANO DE DIETETICA

189-PLANO DE FARMACOLOGIA

190-PLANO DE ENFERMAGEM

191-PLANO DE TÉCNICAS

192-PLANO DE FISIOTERAPIA

193-PLANO DE DIETETICA

194-PLANO DE FARMACOLOGIA

195-PLANO DE ENFERMAGEM

196-PLANO DE TÉCNICAS

197-PLANO DE FISIOTERAPIA

198-PLANO DE DIETETICA

199-PLANO DE FARMACOLOGIA

200-PLANO DE ENFERMAGEM

201-PLANO DE TÉCNICAS

202-PLANO DE FISIOTERAPIA

203-PLANO DE DIETETICA

204-PLANO DE FARMACOLOGIA

205-PLANO DE ENFERMAGEM

206-PLANO DE TÉCNICAS

207-PLANO DE FISIOTERAPIA

208-PLANO DE DIETETICA

209-PLANO DE FARMACOLOGIA

210-PLANO DE ENFERMAGEM

211-PLANO DE TÉCNICAS

212-PLANO DE FISIOTERAPIA

213-PLANO DE DIETETICA

214-PLANO DE FARMACOLOGIA

215-PLANO DE ENFERMAGEM

216-PLANO DE TÉCNICAS

217-PLANO DE FISIOTERAPIA

218-PLANO DE DIETETICA

219-PLANO DE FARMACOLOGIA

220-PLANO DE ENFERMAGEM

221-PLANO DE TÉCNICAS

222-PLANO DE FISIOTERAPIA

223-PLANO DE DIETETICA

224-PLANO DE FARMACOLOGIA

225-PLANO DE ENFERMAGEM

226-PLANO DE TÉCNICAS

227-PLANO DE FISIOTERAPIA

228-PLANO DE DIETETICA

229-PLANO DE FARMACOLOGIA

230-PLANO DE ENFERMAGEM

231-PLANO DE TÉCNICAS



Hospital

Nome do paciente

Jen Nihon Dantas

Nº protocolo

Data operação

28-01-08

Ent.

Lotto

Operador

Rogério Soárez

1º auxiliar

Wito Corrêa

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiologista

Tipo de anestesia

Oncológico pré-operatório

neoadjuvante (p/alt)

Tipo de operação

Tumor resecção cirurgica fechada (p/alt)

Chagrinadura pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no pós

Acidente durante a operação

DESCRÍCION DA OPERAÇÃO

Via de acesso - técnica técnica - procedimentos - sangramento - material empregado - aspecto - vísceras

exames

Ressecção brônquica p/alt

Ressecção da glândula parótida - face lateralizada

cervix

Ressecção pulmonar em plâano

Tumor resecção cirúrgica

Registos

Operação 9 - Exame 100018

CRM/RN 1230 - SBO 1341

150109

INSTITUTO

[0415000013]

PROC CLÍNICO

PROC CIRÚRGICO

ICBO 27525

TOBO 225210

DIAS

CID

SOMOS O ORIGINAL

PROCON ADON

PROFESSOR JOÃO ENÉAS DA SILVA

JANIBA ESTUDES
OFICINA MUSICAL

812150195

DOC. APROVADO P/ OBT. AMPLIAÇÃO	884	704
1561115		
AN	DATA NAC./N.º	
675-268-244-72	20/07/1972	
PARECER		
JOÃO ENÉAS DA SILVA		
MARIA LUIZ DE LIMA SILVA		
PROFISSÃO	AC	CATEGORIA
ESTUDANTE	AC	
VALOR	19/01/2004	PERÍODO
03163565537	19/01/2004	
DEPARTAMENTO DE INSTRUÇÃO		
LOCAL	DATA EMISSÃO	
NATAL/RN	23/09/2013	
60090707183		
00701823267		

PROFESSOR RECEBIMENTO

812150195

PROTÓCOLO
RECEBIDO

23 MAI 2018

TERRA DO SOLADM
E CORRETORA DE SEGUROS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RN 012440314155

PLACA:	MYB093	EXERCÍCIO:	2017	
DATA DE VENCIMENTO:	00/05/2018	DATA DE EXPEDIÇÃO:	2017	
MARCA SOLIDADE SANTOS				
DATA DE Nascimento:	03/05/1990	PLACA:	MYB093	
PELA PLACA:	036130523155	EXERCÍCIO:	2017	
PELA ANO-VIN:	MYB093 / ANO:	2001	DATA DE EXPEDIÇÃO:	2017
TIPO DE VEÍCULO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/SCOOTER				
COMBUSTÍVEL: GASOLINA				
MARCA/ MODELO:	HONDA / 125 TITAN X	ANO PAG.: / ANÚNCIO:	2001 / 2001	
EXCEPCIONAL:	COLEGIADA	DOMINANTE:		
DATA DE LINHADAS:	PARTICULAR	DATA:		
VENDO/COTA:	1º PAGO	VENDO/COTA:		
VALOR:	R\$ 0,00	DATA:	11/05/2017	
FINAL P/ PAGAR:	PARCELA 001	2º PAGO:		
VALOR:	R\$ 002005,00	DATA:	11/06/2017	
VALOR:	R\$ 002005,00	3º PAGO:		
PÊMIO TAFIRÁIO: PÊMIO TOTAL: R\$ 0,00 DATA DE PAGAMENTO:				
TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO				
NOTA: J-1098626				
DETAN - RN				
EXPEDIDO PELO:				
SOLARDO, MARCOS LIMA				
DETAN - RN				

ESTE É O BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvat.com.br ou www.sacdpvat.com.br SAC DPVAT 0800 022 121

RN 012440314155 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvat.com.br ou www.sacdpvat.com.br SAC DPVAT 0800 022 121

EXERCÍCIO:	2017	DATA DE EXPEDIÇÃO:	2017	
PLACA:	036130523155	EXERCÍCIO:	2017	
PELA PLACA:	012440314155	EXERCÍCIO:	2017	
PELA ANO-VIN:	MYB093 / ANO:	2001	EXERCÍCIO:	2017
TIPO DE VEÍCULO: HONDA/CG 125 TITAN X				
COMBUSTÍVEL: GASOLINA				
MARCA/ MODELO:	HONDA / 125 TITAN X	ANO PAG.: / ANÚNCIO:	2001 / 2001	
EXCEPCIONAL:	COLEGIADA	DOMINANTE:		
DATA DE LINHADAS:	PARTICULAR	DATA:		
VENDO/COTA:	1º PAGO	VENDO/COTA:		
VALOR:	R\$ 0,00	DATA:	11/05/2017	
FINAL P/ PAGAR:	PARCELA 001	2º PAGO:		
VALOR:	R\$ 002005,00	DATA:	11/06/2017	
VALOR:	R\$ 002005,00	3º PAGO:		
PÊMIO TAFIRÁIO:				
DETAN - RN / PÊMIO TOTAL: R\$ 0,00				
VALOR BILHETE: R\$ 0,00				
PAGAMENTO:				
CONTRIBUIÇÃO:				
PAGAMENTO:				
DATA DE PAGAMENTO:				
HARCEADO:				

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ: 00.218.603/0001-06
Web: www.liderseguros.com.br

PROTÓCOLO
RECBIDO

23 MAI 2018

TERRA DO SOLADIM
E CORRETORA DE SEGS

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180238872 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILSON DANTAS **Data do acidente:** 02/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da patela esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Déficit funcional leve do joelho esquerdo

Resultados terapêuticos: Realizado osteossíntese com fios de Kirschner de fratura da patela esquerda seguido de fisioterapia. Alta em junho de 2018.

Cicatriz longitudinal na face anterior do joelho esquerdo.

Dor e limitação da flexão do joelho esquerdo após 60°

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

CRM do médico: 3940

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

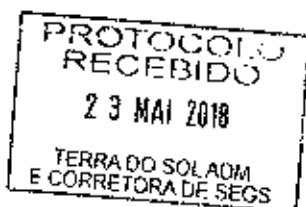
DECLARAÇÃO

Eu, José Wilson Dantas, portador do RG: 001.452.113 SSP/RN e CPF: 897.384.484-49, reclamante do seguro DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunicar que não tenho mas nenhuma documentação medica Hospitalar, só a que já consta no pleito do meu processo, que Hospital Maternidade Maria das Neves e Hospital São Vicente M. Lucena são a ^a entrada,

que demostra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido ao acidente de trânsito no dia: 02/02/18, por isso peço a análise da minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização para ajuda nas lesões sofridas, no qual ainda estou com sequelas pois em verdade só posso essas documentação medica, e que não tendo mas nenhum tipo de documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

Nova Cruz/RN 11 de Maio de 2018

José Wilson Dantas



23 MAI 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: José Wilson Dantas

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Agricultor

IDENTIDADE: 001.452.133

ENDERECO: José Felinto da Silva, 139, Planalto, Brumado

OUTORGADO

NOME: Cícero Ribeiro da Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Padeiro

IDENTIDADE: 1.563.115

ENDERECO: José Felinto da Silva, 139, Planalto, Brumado

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.

NOVA CRUZ/RN 11.04.18

LOCAL E DATA



José Wilson Dantas

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua 15 de Novembro, 100 Centro - Nova Cruz - CEP: 59910-000 - Fone: (041) 90.52.8463
Intit. Elizandra Cristina de Oliveira Silva

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) da(s):

JOSE WILSON DANTAS

Por ter sido feita em minha presença, dou fé.

NOVA CRUZ/RN, 11 de Abril de 2018

ELISSANDRA CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA - Testemunha

VALIDAMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE