

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta nº: 12999634

A/C: JOSE WILSON DANTAS

Nº Sinistro: 3180238872  
Vítima: 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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. Nexô 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 Nobrega  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Quadril  
CRM 3940 - 1307/4970

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

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 <b>897.224.424-49</b>	Nome completo da vítima <b>Jose Wilson Dantas</b>
---------------------------	--	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Jose Wilson Dantas</b>	CPF titular da conta <b>897.224.424-49</b>	Profissão <b>Agricultor</b>
Endereço <b>rua flinto da Silva</b>	Número <b>139</b>	Complemento
Bairro <b>Planalto</b>	Cidade <b>Pratânia</b>	Estado <b>RN</b>
Email	CEP <b>59219-000</b>	Telefone (DDD) <b>(89) 98780-6894 (89) 99120-3370</b>

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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) BANCO Nome <b>Banco do Brasil</b> NRO <b>001</b>	
AGÊNCIA NRQ. <b>2640</b> DVV <b>9</b>	CONTA NRQ. <b>18.323</b> DVV <b>7</b>		
(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.

<b>Nova Cruz RN, 17 de Abril de 2018</b> Local e Data  <b>Jose Wilson Dantas</b> Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	<b>PROTOCOLADO RECEBIDO</b> <b>23 MAI 2018</b> TERRACIO SUL ADM E SECRETARIA DE SEGS
---	---

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

10. Eligible for Social Security and

1571x. 250038

disinfectant

Date: 6/28/2011

16:31

57500925

340

EXTRAORDINARY GENERAL MEETING OF SHAREHOLDERS

11618

18.323-7

日語版・(英) 明倫彙編

## ISSUES

:14:51

y1y.ik

© 2013

Sanjay Pringle, Inc.

1f.6:Ü

# THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

1176

2.00

በክፍል ስም ስለተጠቀሰ በሥራ ስራ

01. 01. 2018

1997

6.00

1.  $\frac{1}{2} \log 2$

Jul. 06, 2018

de acordo com o tratamento das saldos  
desordres diário, no ano anterior ao estudo.

SQUID-FM CUM A-SQUID

 $\partial_x \partial_t$ 

Unitat de gestió

Credibility

Financiamentos de Bens Servidos

colaboração de 100 famílias, representantes de melhores  
orientar-se a nível e obter melhores a confirmação  
no mercado da construção.

## DISCUSSION

Servicio de Asesoramiento de Consumidores SAG  
 0604 173 0122

Ag.  
2640-9

18.323-7

PROTOCOLLO  
RECEBIDO

23 MAY 2018

TERRA DO SOLADIM  
E CORRETORA DE SEGS



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

POLÍCIA CIVIL

1ª 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 Nº 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 das 10:00hs.

PROTOCOLADO  
RECEBIDO

23 MAI 2018

TERRA DO SOL AOM  
E CORRETORA DE SEGS.

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 supracitada, 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 Nº 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 O4/P4

Jose Wilson Dantas

Comunicante

Assis de Assis Rocha  
Apc – Mat. Nº 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

Final:

Telefone (DDD):

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

**PROTÓCOLO  
RECEBIDO**

**23 MAI 2018**

**TERRA DO SOL ADIA  
E CORRETORA DE SEGS**

*Nova Bragança 17* de *Maio* de *2018*  
Local e Data

*Jose 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, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59026-250  
CNPJ 08.324.196/0001-87  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20056199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 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: 16387487353

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE FELINTO DA SILVA 139

PLANALTO/ÁREA URBANA  
59218-000 BREJINHO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 416/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://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 DE APRESENTAÇÃO

13/03/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

00338679

SÍGEL: U

## CONTA CONTRATO

000192756018

## Nº DO CLIENTE

300630716

## Nº DA INSTALAÇÃO

0000103216

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

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

## DESCRIÇÃO 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	0,31287523	13,76
ICMS-Parcela Subvencionada			3,63

PROTOCOLO  
RECEBIDO

23 MAI 2018

TERRA DO SOLADIM  
E CORRETORA DE SEGS

TOTAL DA FATURA 22,86

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
19,23	18,00	3,46	19,23	0,66	0,13	19,23	3,16	0,60

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18251065  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,31287523

## HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
MAR 18			74
FEV 18			69
JAN 18			82
DEZ 17			80
NOV 17			76
OUT 17			82
SET 17			88
AGO 17			78
JUL 17			71
JUN 17			77
MAR 17			62
ABR 17			84
MAR 17			94

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	8,89	39,05
Transmissão	0,94	4,09
Distribuição (Cosern)	4,88	21,43
Impostos Setoriais	1,46	6,40
Tributos	4,10	17,79
TOTAL	19,23	100

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊNSUR	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002120124946	CAT	09/02/2018	6.088,00	13/03/2018	6.162,00	32	1,00000	0,00	74,00

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

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
Jan/2018					
DIG-Nódo fora em Energia	BREVISSIMO	0,00	6,79	11,58	23,16
FC-Nódo vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	18,20
DNIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	8,37	0,00	0,00
DIG-A duração de interrupção em dia crítico					Limite DCR: 12,22
BUSD-Valor de Carga de Uso = R\$ 6,80					
Nota: Consumidor pode verificar a operação dos indicadores DO, FC, DNIC e DCR a qualquer tempo.					

## 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](http://www.aneel.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%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
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 descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Combata 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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000192756018	03/2018	22,86	20/03/2018

## TALÃO DE PAGAMENTO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000008 228600384007 192755018204 011135225235

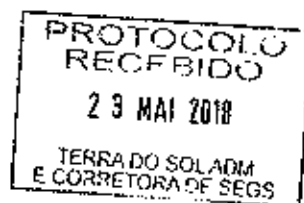
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Wilson DantasRG nº 001.452.113 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>Brasília</u>
Estado	<u>DF</u>
CEP	<u>59219-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99120-3370 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u> //</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nova Cruz/DF 17.04.18Assinatura do Declarante: José Wilson Dantas

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE**  
RUA MERMOZ, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0004-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
**Ligações Gratuitas:**  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 8142  
-Ouvidoria 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: 834.308.834-87 NIS: 18387487380

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOSE FELINTO DA SILVA 139

PLANALTO/ÁREA URBANA  
68219-000 BREJINHO RN

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

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

Série: U

CONTA CONTRATO

000192755018

Nº DO CLIENTE  
3000688755

Nº DA INSTALAÇÃO  
0000103216

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

976D.CF4A.3CE1.A461.BA06.9EE3.D7A8.469D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18251056	5,47
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	44,00	0,31287523	13,76
ICMS-Parcela Subvencionada			3,63

TOTAL DA FATURA 22,86

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
19,23	18,00	3,46	19,23	0,89	0,17	19,23	3,15	0,60

PROTOCOLO  
RECEBIDO

23 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,14283200  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,24451200

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAR 18	00000000000000000000	74
FEV 18	00000000000000000000	69
JAN 18	00000000000000000000	32
DEZ 17	00000000000000000000	30
NOV 17	00000000000000000000	71
OUT 17	00000000000000000000	62
SET 17	00000000000000000000	88
AGO 17	00000000000000000000	76
JUL 17	00000000000000000000	71
JUN 17	00000000000000000000	77
MAI 17	00000000000000000000	82
ABR 17	00000000000000000000	84
MAR 17	00000000000000000000	94

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	0,63	39,95
Transmissão	0,94	4,89
Distribuição (Cosern)	4,88	20,49
Oncologia Setorial	1,46	7,70
Tributos	4,10	21,79
TOTAL	19,23	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊS/ANO	TPO DA FATURA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LBTHUA	DATA	LBTHUA				
00000000000000000000	CAT	03/02/2018	6,086,00	13/03/2018	6,162,00	32	1,0000	0,00	74,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSTATO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
j=2010					
OT-Fora horas sem Energia	BREJINHO	0,00	6,79	11,58	23,16
OT-Fora horas sem Energia		0,00	3,20	6,60	13,20
OMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
OCR-Duração de interrupção em dias críticos					Limite OCM: 12,22
R\$50-Valor de Encargo de Uso - R\$ 6,80					
Todo Consumidor pode solicitar a substituição dos indicadores DIC, PG, OMC e OCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da fatura 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 do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
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 descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE 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,

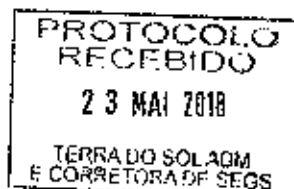
Clevo Renato da SilvaRG nº 1.563.115, data de expedição 23/09/13, Órgão SSP/RN

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>rua Felinto da Silva</u>
Número	<u>139</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Planalto</u>
Cidade	<u>Brasília</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59219-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99120-3370 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u>_____ / _____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Nova Cruz/RN 11.04.18

Assinatura do Declarante:

Clevo 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Cicero Renato da Silva inscrito (a) no CPF 875-068-244 / 72,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Wilson Dantas inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 897-234-424 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Jose Wilson Dantas, 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 <u>Rua: Jose Felinto da Silva</u>	Número <u>139</u>	Complemento _____
Bairro <u>Planalto</u>	Cidade <u>Brejo</u>	Estado <u>RN</u>
CEP _____	Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>59249-000</u>

Nova Cruz 14 de abril de 2018  
Local e Data

Cicero Renato da Silva  
Assinatura do Declarante



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Solidade Dos Santos  
 RG nº 001.888.760 data de expedição 25/04/12  
 Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 035.205.294-59, com domicílio  
 na cidade de Brejinho, no Estado de RN  
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 159

complemento Manatim, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Jose Wilson Dantas etj/o o condutor era

Veículo: Moto  
 Modelo: Honda / CG 125 Titan  
 Ano: 2001  
 Placa: MVB0933  
 Chassi: 9228C30101R098626  
 Data do Acidente: 02.02.12  
 Local e Data: Nova Cruz/RN 17.04.18

PROTÓCOLO  
 RECEBIDO  
 23 MAI 2018  
 TERRA DO SOLADIM  
 E CORRETORA DE SEGS

Assinatura do Declarante Maria Solidade Dos Santos

Assinatura do Condutor Jose Wilson Dantas  
 não a vítima caso seja um terceiro que  
 reclamante do sinistro



Reconheço a(s) firma(s) de Maria Solidade Dos Santos  
 e devidamente assinada(s) com a  
☒ AUTENTICIDADE ☐ SEMELHANÇA ☒ RECONHEÇO  
 Brejinho/RN, 10 APR 2018  
 Em test. da verdade  
 Bel. Anne Kalinne Andrade Silva  
 Tabel. de Aut. e Escal. de Recat. e Recat. de Recat.  
 CPF/MF nº 011.683.984-36



Reconheço a(s) firma(s) de Jose Wilson Dantas  
 e devidamente assinada(s) com a  
☒ AUTENTICIDADE ☐ SEMELHANÇA ☒ RECONHEÇO  
 Brejinho/RN, 10 APR 2018  
 Em test. da verdade  
 Bel. Anne Kalinne Andrade Silva  
 Tabel. de Aut. e Escal. de Recat. e Recat. de Recat.  
 CPF/MF nº 011.683.984-36



**SECRET**

SECRET

09709 1943/44

11

▶▶▶

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

各級出版社

C/33d4 UNCLAS

PROTOCOL  
REC-8190

23461-7918

TEPRADO DELADIA  
ECONOMICA EMBELLES

**00000000000000000000**

## NOTA REFERENCIAL

## THE FUTURE OF THE FIRM

## References

1630

## Discrimination

THE AMERICAN INDIAN HOMES

Classification: 02/02/2018 2:12:20

[illegible]

## VICTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

THEY'RE GOING TO MEET AT BRACA

1. The first stage - concept

Ch. 100 de la casa Mr. Charles Moore

## EXAME FÍSICO PRIMARIO

[illegible][illegible]

OFFICE: ASTORIA

SPRAYED ON TUBES

100



Paciente: JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA Idade: 45 Sexo: M Data: 10/05/2024

Indicação: DOLORES NA REGIÃO LOMBAR

Exames Complementares (Radiologia, Imagem):  
RAIO X LOMBAR  
RESULTADO: Alteração de curvatura fisiológica, com achatamento das bordas vertebrais.

Laboratório de Análises Clínicas:  
HEMOGRAMA  
RESULTADO: Hemoglobina 14g/dL, Hematócrito 42%, Leucócitos 10.500/mm³.

Conduta Primária (Medicações e Procedimentos):  
1. Medicação: Diclofenaco 75mg, 1 comprimido 3x ao dia.  
2. Fisioterapia: Exercícios de fortalecimento muscular lombar.  
3. Procedimento: Injeção de ácido hialurônico na coluna L5/S1.

Anotações de Evolução:  
1. 10/05/2024: Paciente em repouso, dor moderada.  
2. 15/05/2024: Melhora da dor após medicação.  
3. 20/05/2024: Realização do procedimento cirúrgico sem complicações.  
4. 25/05/2024: Paciente em recuperação, dor leve.  
5. 30/05/2024: Alta médica com medicação para dor.

Assinatura do Médico: [Assinatura] CRM: 123456  
Assinatura do Enfermeiro: [Assinatura] RNE: 789012  
Assinatura do Fisioterapeuta: [Assinatura] CREF: 345678





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT Nº 30

NOME: JOSE WILSON DANIEL  
IDADE: 05/01/1978 COR: BRANCA SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: PARNAMIRIM PROFISSÃO: AGRICULTOR PROCEDÊNCIA: PARNAMIRIM  
ENDEREÇO: RUA DA SERRA 139 BAIRRO: CENTRO  
CIDADE: PARNAMIRIM DATA: 24-02-2018 HORA: 17:05

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐  
O HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSAO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐  
ALEGA AGENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL  
ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP: RESPIRAÇÃO: PULSO: TA:

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) *Acidente com feitura de gatilho e fratura da 22ª costela*  
*Essencialmente do HVB*

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL *Fratura gatilho e*

*COMPROVADO*  
*03/03/2018*  
*11*

Id. Paciente: 5375

002

Data Exame: 02/02/2018 21:55:03

CELHO AP

Paciente: JOSE WILSON DANTAS  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Idade: 43 ano(s)

Técnico: TEC. RAQUEL DA SILVA

III

JOELHO

65,5 %

Paciente: 5375

JOELHO A=

Data Exame: 02/02/2018 21:55:03

67,6

Paciente: JOSE WILSON DANTAS

Técnico: TEC. RAQUEL DA SILVA

HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Idade: 43 ano(s)



ANEXOS COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável


ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CÍR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLASTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____
FICOU SE POR _____ _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
FICOU SE POR _____ _____	A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
FICOU SE POR _____ _____	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
MÉDICO (Carimbo) 		
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		



**SERVIÇOS**

Sistema  
Unidade de  
Saúde  
Município de  
São Carlos

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

ESTABELECIMENTO HOSPITALAR		NOME	
ESTABELECIMENTO EXISTENTE		47928	
HOSPITAL DE SÃO CARLOS MARQUES DE SÃO CARLOS		CATEGORIA	
MUNICÍPIO		Município de São Carlos	
RUA WILSON DANTAS		NOME DO LUGAR DE INTERIO	
C. P. 13.000-000		13000	
RUA S. CARLOS, 130		C. P. 13.000-000	
Município de São Carlos		Município de São Carlos	
MARIA DAS DORES DANTAS		C. P. 13.000-000	
Município de São Carlos		C. P. 13.000-000	
MARIA EULÍDIA DA SILVA		C. P. 13.000-000	
Município de São Carlos		C. P. 13.000-000	
RUA S. CARLOS, 130		C. P. 13.000-000	
Município de São Carlos		C. P. 13.000-000	
ESTABELECIMENTO		C. P. 13.000-000	
Município de São Carlos		C. P. 13.000-000	

*Paciente com fratura patela e  
No 22 gms*

*Cirurgia*

*Fratura patela e*

*Trat. emerg.*  
*24.2.18*

**Rogério Santos**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1228 - SECT 1341

1. NOME DO PACIENTE	2. NOME DO MÉDICO	3. NOME DO HOSPITAL	4. NOME DO LUGAR DE INTERIO
5. NOME DO LUGAR DE INTERIO	6. NOME DO LUGAR DE INTERIO	7. NOME DO LUGAR DE INTERIO	8. NOME DO LUGAR DE INTERIO
9. NOME DO LUGAR DE INTERIO	10. NOME DO LUGAR DE INTERIO	11. NOME DO LUGAR DE INTERIO	12. NOME DO LUGAR DE INTERIO
13. NOME DO LUGAR DE INTERIO	14. NOME DO LUGAR DE INTERIO	15. NOME DO LUGAR DE INTERIO	16. NOME DO LUGAR DE INTERIO
17. NOME DO LUGAR DE INTERIO	18. NOME DO LUGAR DE INTERIO	19. NOME DO LUGAR DE INTERIO	20. NOME DO LUGAR DE INTERIO
21. NOME DO LUGAR DE INTERIO	22. NOME DO LUGAR DE INTERIO	23. NOME DO LUGAR DE INTERIO	24. NOME DO LUGAR DE INTERIO
25. NOME DO LUGAR DE INTERIO	26. NOME DO LUGAR DE INTERIO	27. NOME DO LUGAR DE INTERIO	28. NOME DO LUGAR DE INTERIO
29. NOME DO LUGAR DE INTERIO	30. NOME DO LUGAR DE INTERIO	31. NOME DO LUGAR DE INTERIO	32. NOME DO LUGAR DE INTERIO
33. NOME DO LUGAR DE INTERIO	34. NOME DO LUGAR DE INTERIO	35. NOME DO LUGAR DE INTERIO	36. NOME DO LUGAR DE INTERIO
37. NOME DO LUGAR DE INTERIO	38. NOME DO LUGAR DE INTERIO	39. NOME DO LUGAR DE INTERIO	40. NOME DO LUGAR DE INTERIO
41. NOME DO LUGAR DE INTERIO	42. NOME DO LUGAR DE INTERIO	43. NOME DO LUGAR DE INTERIO	44. NOME DO LUGAR DE INTERIO
45. NOME DO LUGAR DE INTERIO	46. NOME DO LUGAR DE INTERIO	47. NOME DO LUGAR DE INTERIO	48. NOME DO LUGAR DE INTERIO
49. NOME DO LUGAR DE INTERIO	50. NOME DO LUGAR DE INTERIO	51. NOME DO LUGAR DE INTERIO	52. NOME DO LUGAR DE INTERIO
53. NOME DO LUGAR DE INTERIO	54. NOME DO LUGAR DE INTERIO	55. NOME DO LUGAR DE INTERIO	56. NOME DO LUGAR DE INTERIO
57. NOME DO LUGAR DE INTERIO	58. NOME DO LUGAR DE INTERIO	59. NOME DO LUGAR DE INTERIO	60. NOME DO LUGAR DE INTERIO
61. NOME DO LUGAR DE INTERIO	62. NOME DO LUGAR DE INTERIO	63. NOME DO LUGAR DE INTERIO	64. NOME DO LUGAR DE INTERIO
65. NOME DO LUGAR DE INTERIO	66. NOME DO LUGAR DE INTERIO	67. NOME DO LUGAR DE INTERIO	68. NOME DO LUGAR DE INTERIO
69. NOME DO LUGAR DE INTERIO	70. NOME DO LUGAR DE INTERIO	71. NOME DO LUGAR DE INTERIO	72. NOME DO LUGAR DE INTERIO
73. NOME DO LUGAR DE INTERIO	74. NOME DO LUGAR DE INTERIO	75. NOME DO LUGAR DE INTERIO	76. NOME DO LUGAR DE INTERIO
77. NOME DO LUGAR DE INTERIO	78. NOME DO LUGAR DE INTERIO	79. NOME DO LUGAR DE INTERIO	80. NOME DO LUGAR DE INTERIO
81. NOME DO LUGAR DE INTERIO	82. NOME DO LUGAR DE INTERIO	83. NOME DO LUGAR DE INTERIO	84. NOME DO LUGAR DE INTERIO
85. NOME DO LUGAR DE INTERIO	86. NOME DO LUGAR DE INTERIO	87. NOME DO LUGAR DE INTERIO	88. NOME DO LUGAR DE INTERIO
89. NOME DO LUGAR DE INTERIO	90. NOME DO LUGAR DE INTERIO	91. NOME DO LUGAR DE INTERIO	92. NOME DO LUGAR DE INTERIO
93. NOME DO LUGAR DE INTERIO	94. NOME DO LUGAR DE INTERIO	95. NOME DO LUGAR DE INTERIO	96. NOME DO LUGAR DE INTERIO
97. NOME DO LUGAR DE INTERIO	98. NOME DO LUGAR DE INTERIO	99. NOME DO LUGAR DE INTERIO	100. NOME DO LUGAR DE INTERIO

CONFERE COM ORIGINAL

*81.3067*  
S. J. J. 81967-04



Indicação

Nome do paciente

Nº prontuário

Data operação

Ext.

Leito

Operador

1º auxiliar

Instrumentador

2º auxiliar

3º auxiliar

Anestesiologista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

# DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Técnica - Incisão - drenagem - pontos - material empregado - aspecto - viceras

Incisão vertical sobre o  
tubo em operação patite e  
fixação do fratura com fio Kirschner  
e fio de  
sutura plano a plano  
de 10 pontos  
e 10 pontos para aliviar

Rogério Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1220 - SBO 1341

150124
INUTRA 2400
(01500013)
PROC. CLINICO
PROC. CIRURGICO
ICBO 275275
ICBO 225270
CIAS
CID

COPIA COM ORIGINAL  
01500013  
SERVICO 83106-11

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CENTRO CIRÚRGICO

( ) Hemoderivado Unid. ( ) Plasma Unid. ( ) Plaquetas Unid.  
( ) Anticoagulante Unid. ( ) Soro plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

HIDRATAÇÃO VENOSA  
(X) Soro Ringer Simples: 1000 ml  
( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_

ANATOMO PATOLÓGICO

(X) Não ( ) Sim Peça:

Swab para cultura: \_\_\_\_\_

Peça para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Líquido: \_\_\_\_\_

FO de aspecto: (X) limpo ( ) exsudato ( ) Contaminado ( ) Aparelho resado ( ) Bandagens ( ) Tais ( ) Outras:  
INTERCORRÊNCIAS: Curativo na cirurgia, procedimento em curso  
AS RPN em 12 dias de internamento  
12 dias

Ass: Dr. Ter. Edmundo 168.232

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Náusea ( ) Vômito ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel (X) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo (X) Compressivo ( ) Bolsa de  
colostomia ( ) Outro:  
Diurese: (X) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematuria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: 3 RPN

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 11:55 Data: 20/03/88 Nível de consciência: ( ) acordado ( ) Sonolento ( ) Náusea ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMIII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Enfermagem: ( ) Não ( ) Sim Tipo: AS RPN local: 12 dias Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Preços: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Solo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) RPA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: Náuseas X Vômitos Sangramento Dor Hemograma Alteração PA Alteração FC  
relato:  
VITAIS

TC	P	PA	FR	Sat. %	Dor
15:00	101	102/84	—	96	—
15:30	102	115/65	—	96	—
16:00	102	105/60	—	98	—

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: 1000 ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

Medicação	Dose	Via	Assinatura
Clorpromazina	3mg	EV	Clorpromazina
Clorpromazina	3mg	EV	Clorpromazina

Eliminações:

Recebido da SO	Desprezado URPA	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

OLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Insulina Regular 200 U/ml - 26 unidades  
em 12 dias de internamento  
de RPN - enfermagem

Ass: Clorpromazina 168.232

PROCURADOR

VENHA EAS 1001  
O TERRA DO SOL ADM  
812150185

IDENTIFICACAO

CECERO RENATO DA SILVA

DOC IDENTIFICACAO / OUTRO DOCUMENTO  
1563113 SSP

CPF  
075.258.244-72

DATA NASCIMENTO  
20/07/1972

FUNCAO  
JOAO ENZAS DA SILVA

MARIA LUIZ DE LIMA  
SILVA

PERFILADO  
AC

VALOR  
0316355537

1ª EMISSAO  
16/01/2013

2ª EMISSAO  
19/01/2004

LOCAL  
NATAL, RN

DATA EMISSAO  
23/09/2013

60090707185  
83701823267

PROCURADOR  
812150185

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012440314155  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RENDAV Nº 00754196001 EXERCÍCIO 2017

MARIA SOLADADE DOS SANTOS

036.204.251-29 PLACA MYB0933

MYB0933/RN 962430101R058626

PASSAGIRO/MOTO/VEICULO AGRICOLA GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN X5 2001 2000

10/01/2017 10/01/2017

1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

10/01/2017 10/01/2017 10/01/2017

TAXAS DETRAN: PAGO DPVAT: PAGO

NOTOR: JC30E11098626

24/06/2017

BRASILHOL

24/06/2017

DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM PRESERVAÇÃO DO PATRIMÔNIO DA CIDADANIA E TRANSPORTE ADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 012440314155 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA. [www.dpvatsseguroobrigatorio.com.br](http://www.dpvatsseguroobrigatorio.com.br) SAC DPVAT 0800 922 1211

EXERCÍCIO 2017 DATA 23/06

036.204.251-29 MY1

HONDA/CG 125 TITAN X5

962430101R058626

10/01/2017 10/01/2017

1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

10/01/2017 10/01/2017 10/01/2017

TAXAS DETRAN: PAGO DPVAT: PAGO

NOTOR: JC30E11098626

24/06/2017

BRASILHOL

24/06/2017

DETRAN - RN

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CRP 109.205.603/001/001

[www.seguradocidadao.com.br](http://www.seguradocidadao.com.br)

PROTOCOLO  
RECFRIDO

23 MAI 2018

TERRA DO SOLADM  
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, Jose Wilson Dantas  
portador do RG: 001.452.113 SSP/RN e CPF:  
847.224.424-49 reclamante do seguro DPVAT, venho

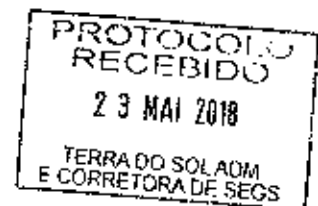
através dessa declaração informar e comunica que não tenho mas nenhuma  
documentação medica Hospitalar, só a que já consta no pleito do meu processo,  
que Hospital são Hospital a entrada,

Hospital Maternidade Maria das Neves e Hospital  
Dr. Lucena

que demonstra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei  
devido ao acidente de transito 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 possuo 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 Abril de 2018

Jose Wilson Dantas



23 MAI 2018

TERRA DO SOLADIM  
E CORRETORA DE SEGS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jose Wilson Dantas
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	001.452.113
ENDEREÇO:	Jose Felinto da Silva, 139, Planalto, Brejo Verde

OUTORGADO

NOME:	Cicero Renato da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Peixeiro
IDENTIDADE:	1.563.115
ENDEREÇO:	Jose Felinto da Silva, 139, Planalto, Brejo Verde

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



Jose Wilson Dantas

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2º OFÍCIO REGISTRO CIVIL E NOTAS  
Rua 15 de Novembro, 100 - Centro - Nova Cruz - CEP: 59715-000 - Fone: (081) 80/52-8403  
Tabela: Elissandra Cristina de Oliveira Silva  
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:  
JOSE WILSON DANTAS  
Por ter sido posta em minha presença, dou fé.  
NOVA CRUZ/RN, 11 de Abril de 2018  
ELISSANDRA CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA - Tabelião(o)  
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE