



Número: **0800113-79.2020.8.20.5144**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Monte Alegre**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE WILSON DANTAS (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63410954	02/12/2020 14:58	2770129_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

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** 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

Pag. 00461/00462 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12908833



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta nº: 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01085/01086 - carta_15R - INVALIDEZ

00020543



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 n° 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. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela 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
Osteopata e Fisioterapeuta
Cirurgião de Quadril
CRA 3940 1507 8970

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 897.234.424-49	Nome completo da vítima Jorge Wilson Dantas
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jorge Wilson Dantas	CPF titular da conta 897.234.424-49	Profissão Agricultor
Endereço rua felinto da silva	Número 139	Complemento
Bairro Maralito	Cidade Pratânia	Estado RN
Email	CEP 59219-000	Telefone (DDD) (89) 98780-6894
		Telefone (DDD) (89) 99120-3370

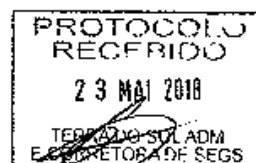
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRANDESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome Banco do Brasil NRO 001	
AGÊNCIA NRO. 2640 DV 9 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 18.323 DV 7 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. 2640 DV 9 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 18.323 DV 7 (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.

Nova Cruz, 17 de **abril** de **2018**
Local e Data



Jorge Wilson Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados Gerais

Extrato de Conta Corrente

Agência: 005000000-00
Terminado: 30/04/2018
Nº da At.: 000000000
Data: 17/06/2018
Banco do Brasil S.A.

157 Trx.: 000000000
Cota: 000000000
Hora: 06:31

570000000 0005

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES COMERCIAL

Atividade: 2600-0
Código: 000000000

PERÍODO: 01/01/2018

Saldo Anterior: 17.650

--- BANCOS E FINANCIAMENTOS ---

Juros: 0,00

Data de Débito de Juros: 01/06/2018

--- Juros ---

Data de Débito de Juros: 01/06/2018

--- Juros ---

Saldo em Conta-Salário: 0,00

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

--- Saldo em Conta-Salário ---

Ag.
2640-9

18.323-7

PROTOCOLO
RECEBIDO
23 MAI 2018
TERRA DO SOLADIA
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 ADM
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.

Jose Wilson Dantas

Comunicante

Monte Alegre/RN,

ter, 10 de abr de 18 às 14:18 04/P4

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

Finalidade

Telefone (DDD)

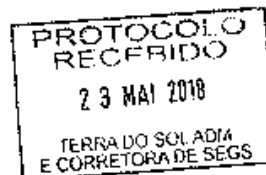
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Novo Bragança 17 de Maio de 2018

Local e Data

Jose Wilson Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL001 V001/2017



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 HERMOZ, 160, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59026-250
CNPJ 09.324.186/0001-81
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 0187 -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: 634.309.334-87 NIS: 18387487353

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE FELINTO DA SILVA 139

PLANALTO/ÁREA URBANA

59219-000 BREJINHO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 415/2010), 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 DE APRESENTAÇÃO

13/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

00388679

54 06 U

CONTA CONTRATO

000192755018

Nº DO CLIENTE

300659716

Nº DA INSTALAÇÃO

0009103216

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	0,18251055	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	0,66	0,13	19,23	3,16	0,60

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**

23 MAI 2018

TERRA DO SOLADM
E CORRETORA DE SEGS

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,18251055
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,31287523

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
MAR 18	11111111111111111111	74
FEV 18	11111111111111111111	59
JAN 18	11111111111111111111	82
DEZ 17	11111111111111111111	80
NOV 17	11111111111111111111	71
OCT 17	11111111111111111111	62
SET 17	11111111111111111111	88
AGO 17	11111111111111111111	78
JUL 17	11111111111111111111	71
JUN 17	11111111111111111111	77
MAY 17	11111111111111111111	62
ABR 17	11111111111111111111	84
MAR 17	11111111111111111111	94

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Desperdício de Energia	8,89	38,95
Transmissão	0,98	4,29
Distribuição (Cosern)	4,89	21,43
Impostos Setoriais	1,46	6,40
Impostos	4,10	18,19
TOTAL	19,23	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPOLOGIA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000212012496	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	COLETIVO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIC-Nóda sobra em Energia	BREJINHO	0,00	6,79	11,58	23,16
FC-Nóda vezes sem Energia		0,00	3,30	5,60	18,20
DNIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DIC8-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCM: 12,22
BSB-Valor de Encargo de Uso - R\$ 6,80					

O consumidor pode solicitar a aprovação das Indicações DIC, FC, DNIC e DCM 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.
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	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, Jose Wilson Dantas
RG nº 003.452.113 data de expedição 02/04/18, Órgão SSP/

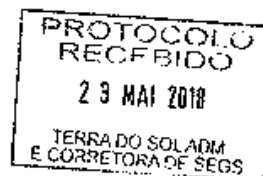
CPF nº 897.224.424-19 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Jose Felinto da Silva</u>
Número	<u>139</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Manalto</u>
Cidade	<u>Buzinho</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 17.04.18

Assinatura do Declarante: Jose Wilson Dantas



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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMÓZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações 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 0157 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA ZULBIDE DA CUNHA

CPF: 834.309.834-87 NIS: 18367467383

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSÉ FELINTO DA SILVA 139

PLANALTOVARELA URBANA
58219-400 BREJINHO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2010), 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

3800882755

Nº DA INSTALAÇÃO

0000163216

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	0,31267623	13,76
ICMS-Parcela Subvencionada			3,63

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 16	74
FEV 16	69
JAN 16	32
DEZ 15	30
NOV 15	71
OUT 15	62
SET 15	88
AGO 15	76
JUL 15	71
JUN 15	77
MAI 15	82
ABR 15	84
MAR 15	94

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	6,68	33,95
Transmissão	0,98	4,89
Distribuição (Cosern)	4,68	20,49
Despesas Sociais	1,46	7,70
Tributos	4,19	21,79
TOTAL	19,28	100

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	0,13	19,23	3,16	0,60

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR	ATUAL	Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000002120124548	CAT	03/02/2018 5,088,00	13/03/2018 5,162,00	32	1,00000	0,00	74,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSTATO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	NETA ANUAL
jun/2018					
DIS-Fora de horas sem Energia	BREJINHO	0,00	6,79	11,58	23,16
DIS-Fora de horas com Energia		0,00	3,20	5,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00

DIS-Duração de interrupção em dias críticos Limite DIS-D: 12,22

DIS-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,80

Todo Consumidor pode solicitar a proteção dos indicadores DIS, FIC, DMIC e DIS-D 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.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 25%(Lei 4414/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.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000008 228600384007 192755018204 01135225235



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cicero 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>pro Felinto da Silva</u>
Número	<u>139</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Paralito</u>
Cidade	<u>Bujardo</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: Cicero 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 Licero 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: <u>59219-000</u>
Email: _____		Telefone comercial (DDD): _____	Telefone celular (DDD): _____

Nova Cruz 14 de Abril de 2018
Local e Data

Licero Renato da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Solidade Dos Santos
 RG nº 004.888.760 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 139
Jose Filinto da Silva, 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 filho o condutor era
 Veículo: Moto
 Modelo: Honda / CG 125 Titan
 Ano: 2001
 Placa: MVB0933
 Chassi: 9223030101R098626
 Data do Acidente: 02.02.12
 Local e Data: Nova Cruz/RN 17.04.18

PROTOCOLADO
 RECEBIDO
 23 MAI 2018
 TERRA DO SOL ADM
 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



Maria de Fátima Andrade Silva
 Susaneiro
 Anne Kalline Andrade Silva
 Susaneiro

Reconheço a(s) firma(s) de: Jose Wilson Dantas
 e devidamente assinada(s) com a
☒ AUTENTICIDADE ☐ SEMELHANÇA
 Brejinho/RN, 10 APR 2018
 Em test. da verdade
Be/ Anne Kalline Andrade Silva
 Tabelião de Notas
 CPF/MF N° 011.083.994-36



Maria de Fátima Andrade Silva
 Susaneiro
 Anne Kalline Andrade Silva
 Susaneiro

Reconheço a(s) firma(s) de: Jose Wilson Dantas
 e devidamente assinada(s) com a
☒ AUTENTICIDADE ☐ SEMELHANÇA
 Brejinho/RN, 10 APR 2018
 Em test. da verdade
Be/ Anne Kalline Andrade Silva
 Tabelião de Notas
 CPF/MF N° 011.083.994-36



Protocolo de Atendimento 6.10/2010
Nº 63410954-4

GIURGIA GERAL - VIMRELO

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

Sexo: M. Cor: P/B. Raça:

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

Rua:

Nº 157 - Fone: 3141-4343

Cidade: B. J. P. - RJ

Endereço: Rua da Silva, 157

País:

Cidade: B. J. P. - RJ

Estado: RJ

Cidade: B. J. P. - RJ

Data: 15/04/2010

Comp:

PROTÓCOLO
REC-PSIDU
23 MAI 2010
TERTIÁRIO DE LADIA
EQUIPAMENTO DE LADIA

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

Nome: REFERENCIADO

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

Empresa:

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

Discriminador:

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

Classificação: D2/02/2010 21:12:20

MOA	MA	UGT	SAIOZ	D2	ER	EC	TEMP	Glasgow	MI

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA
Nome: JOSE ROBERTO SOUZA DA SILVA

DIAGNOSTICO

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO INICIAL (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE EVOLUÇÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORS Nº 30

NOME: JOSE WILSON DANIEL
IDADE: 05/21/1975 COR: PARA SEXO: M ESTADO CIVIL: CASADO
NATURALIDADE: PERNAMBUCO PROFISSÃO: AGROPECUARIO PROCEDÊNCIA: ---
ENDEREÇO: RUA DA SERRA DA SERRA 139 BAIRRO: CENTRO
CIDADE: BOA VISTA DATA: 24-02-2018 HORA: 17:05

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

SCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO TA.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Acidente com feitura de
gatilho e há 22 dias
Examinado do HNB

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura gatilho E

COMPL. COM ORTOMAN.
24-02-2018
17:05



Id. Paciente: 5375

Paciente: JOSE WILSON DANITAS

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

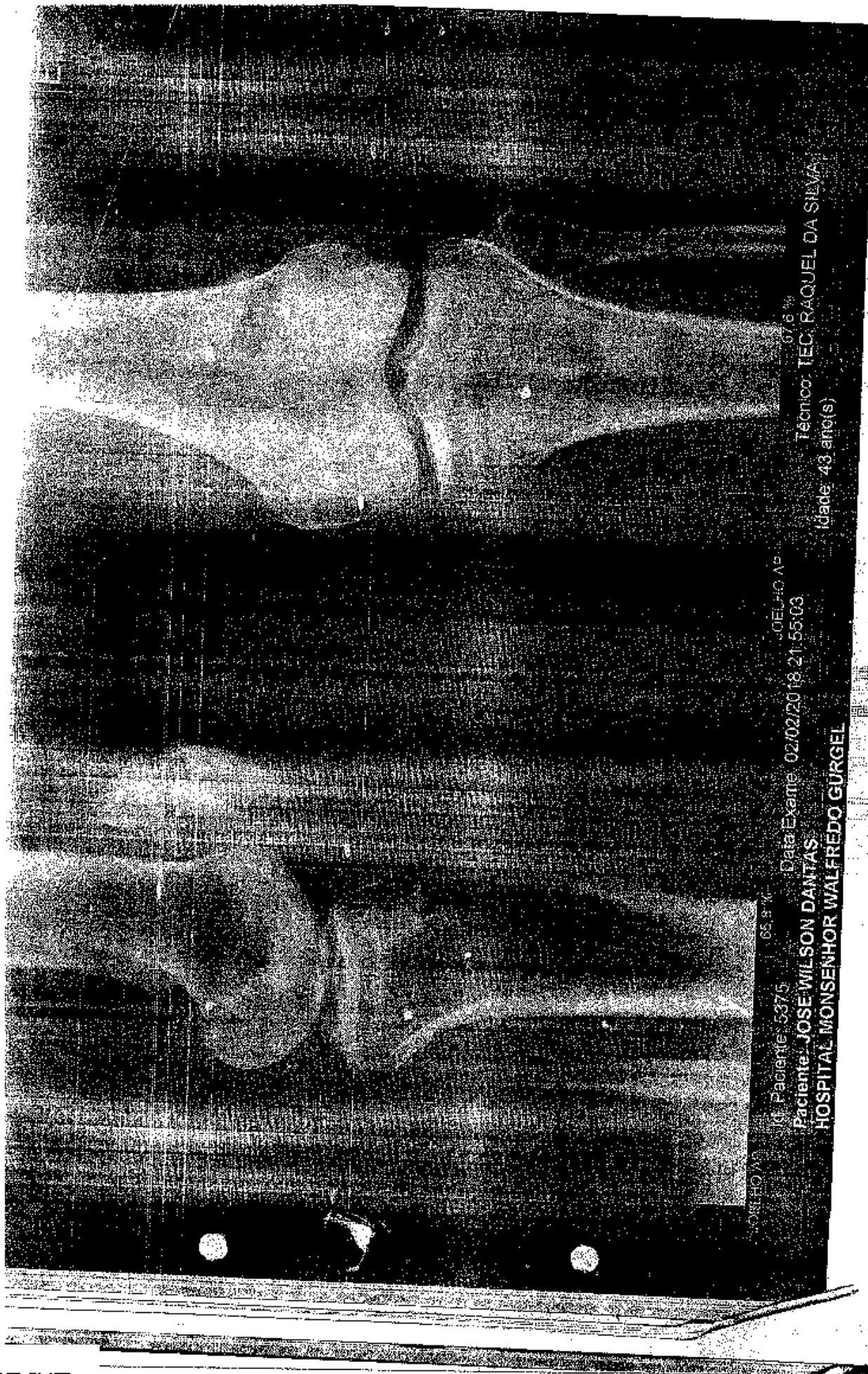
Data Exame: 02/02/2018 21:55:03

CELHO AP

Idade: 43 ano(s)

Técnico: TEC. RAQUEL DA SILVA





65,5 kg
67,6 kg
Data Exame: 02/02/2018 21:55:03
Técnico: TEC. RAQUEL DA SILVA
Idade: 43 ano(s)
Paciente: JOSE WILSON DANTAS
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

NEATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
ONCOLOGIA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
UROCIQUIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLASTICA	☐

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

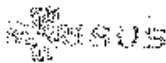
FICOU NO LOCAL _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	☐ REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____
OCORREU POR _____ _____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
REGUE _____	A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐
		I.T.E.P. ☐

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Sistema
Único de
Saúde

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2. DADOS

3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HOSPITAL GEOLELIO MARQUES DE ALENA

4. DADOS

5. DADOS

6. DADOS

7. DADOS

8. DADOS

9. DADOS

10. DADOS

MARIA DAS DORES DANTAS

11. DADOS

MARIA EULÍDIO DA CUNHA

12. DADOS

MARIA EULÍDIO DA CUNHA, 130

13. DADOS

14. DADOS

15. DADOS

16. DADOS

17. DADOS

18. DADOS

19. DADOS

20. DADOS

21. DADOS

22. DADOS

23. DADOS

24. DADOS

25. DADOS

26. DADOS

27. DADOS

28. DADOS

29. DADOS

30. DADOS

31. DADOS

32. DADOS

33. DADOS

34. DADOS

35. DADOS

36. DADOS

37. DADOS

38. DADOS

39. DADOS

40. DADOS

41. DADOS

42. DADOS

43. DADOS

44. DADOS

45. DADOS

46. DADOS

47. DADOS

48. DADOS

49. DADOS

50. DADOS

51. DADOS

52. DADOS

53. DADOS

54. DADOS

55. DADOS

56. DADOS

57. DADOS

58. DADOS

59. DADOS

60. DADOS

61. DADOS

62. DADOS

63. DADOS

64. DADOS

65. DADOS

66. DADOS

67. DADOS

68. DADOS

69. DADOS

70. DADOS

71. DADOS

72. DADOS

73. DADOS

74. DADOS

75. DADOS

76. DADOS

77. DADOS

78. DADOS

79. DADOS

80. DADOS

81. DADOS

82. DADOS

83. DADOS

84. DADOS

85. DADOS

86. DADOS

87. DADOS

88. DADOS

89. DADOS

90. DADOS

91. DADOS

92. DADOS

93. DADOS

94. DADOS

95. DADOS

96. DADOS

97. DADOS

98. DADOS

99. DADOS

100. DADOS

101. DADOS

102. DADOS

103. DADOS

104. DADOS

105. DADOS

106. DADOS

107. DADOS

108. DADOS

109. DADOS

110. DADOS

111. DADOS

112. DADOS

113. DADOS

114. DADOS

115. DADOS

116. DADOS

117. DADOS

118. DADOS

119. DADOS

120. DADOS

121. DADOS

122. DADOS

123. DADOS

124. DADOS

125. DADOS

126. DADOS

127. DADOS

128. DADOS

129. DADOS

130. DADOS

131. DADOS

132. DADOS

133. DADOS

134. DADOS

135. DADOS

136. DADOS

137. DADOS

138. DADOS

139. DADOS

140. DADOS

141. DADOS

142. DADOS

143. DADOS

144. DADOS

145. DADOS

146. DADOS

147. DADOS

148. DADOS

149. DADOS

150. DADOS

151. DADOS

152. DADOS

153. DADOS

154. DADOS

155. DADOS

156. DADOS

157. DADOS

158. DADOS

159. DADOS

160. DADOS

161. DADOS

162. DADOS

163. DADOS

164. DADOS

165. DADOS

166. DADOS

167. DADOS

168. DADOS

169. DADOS

170. DADOS

171. DADOS

172. DADOS

173. DADOS

174. DADOS

175. DADOS

176. DADOS

177. DADOS

178. DADOS

179. DADOS

180. DADOS

181. DADOS

182. DADOS

183. DADOS

184. DADOS

185. DADOS

186. DADOS

187. DADOS

188. DADOS

189. DADOS

190. DADOS

191. DADOS

192. DADOS

193. DADOS

194. DADOS

195. DADOS

196. DADOS

197. DADOS

198. DADOS

199. DADOS

200. DADOS

201. DADOS

202. DADOS

203. DADOS

204. DADOS

205. DADOS

206. DADOS

207. DADOS

208. DADOS

209. DADOS

210. DADOS

211. DADOS

212. DADOS

213. DADOS

214. DADOS

215. DADOS

216. DADOS

217. DADOS

218. DADOS

219. DADOS

220. DADOS

221. DADOS

222. DADOS

223. DADOS

224. DADOS

225. DADOS

226. DADOS

227. DADOS

228. DADOS

229. DADOS

230. DADOS

231. DADOS

232. DADOS

233. DADOS

234. DADOS

235. DADOS

236. DADOS

237. DADOS

238. DADOS

239. DADOS

240. DADOS

241. DADOS

242. DADOS

243. DADOS

244. DADOS

245. DADOS

246. DADOS

247. DADOS

248. DADOS

249. DADOS

250. DADOS

251. DADOS

252. DADOS

253. DADOS

254. DADOS

255. DADOS

256. DADOS

257. DADOS

258. DADOS

259. DADOS

260. DADOS

261. DADOS

262. DADOS

263. DADOS

264. DADOS

265. DADOS

266. DADOS

267. DADOS

268. DADOS

269. DADOS

270. DADOS

271. DADOS

272. DADOS

273. DADOS

274. DADOS

275. DADOS

276. DADOS

277. DADOS

278. DADOS

279. DADOS

280. DADOS

281. DADOS

282. DADOS

283. DADOS

284. DADOS

285. DADOS

286. DADOS

287. DADOS

288. DADOS

289. DADOS

290. DADOS

291. DADOS

292. DADOS

293. DADOS

294. DADOS

295. DADOS

296. DADOS

297. DADOS

298. DADOS

299. DADOS

300. DADOS

301. DADOS

302. DADOS

303. DADOS

304. DADOS

305. DADOS



Instituição

Nome do paciente

Nº prontuário

Data operação

Ent.

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 - Usgul - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - viceres

Incisão vertical sobre o
tubo costal - drenagem
de fratura com fio Kirschner
- cur seco
- plano a plano
- cur seco
- cur seco

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1228 - SBO 1341

15010
INSTRUMENTADO
01500013
PROC. CLÍNICO
PROC. CIRÚRGICO
ICBO: 25275
ICBO: 25279
DIAS
CID

COPIA COM ORIGINAL
5496211



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
HOSPITAL DE CLÍNICA - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemotransfusão Unid. _____
() Plasma Unid. _____

TRANSFUSÃO: _____

() Plasma Unid. _____

() Plaquetas Unid. _____

MEDICAÇÕES UTILIZADAS:

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

() Soro fisiológico: _____ ml

() Soro Glicosado: _____ ml

HIDRATAÇÃO VENOSA

(X) Soro Ringer Simples: 1200 ml

() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

(X) Não () Sim Peça:

Swab para cultura: _____

Peça para anátomo: () Não () Sim

Líquido: _____

FO de aspecto: (X) limpo () exsudato () Contaminado () Aparelho recado () Bandagens Vitais () Outros: _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

Pré-operatório com cirurgia planejada, sem intercorrências. S.R.P.N. em uso de insulina regular, com glicemia controlada.

Ass: *Rita Enneamen* 162232

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Náusea () Vômito () Migra () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O ambiente Curativo: () Oclusivo (X) Compressivo () Bolsa de

colostomia () Outro: _____

Diurese: (X) Espontânea (X) Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: *S.R.P.N.*

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

Hora: *11:55* Data: *20/03/19* Nível de consciência: (X) acordado () Sonolento () Náusea () Orientado

() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) Ambiente

Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade

Genótipo: () Não () Sim Tipo: *A/R* Local: *M&B* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical

Drenos: () Sucção () Torácico () Pérvio () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____

Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos

Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () IPA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: (X) Náuseas (X) Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

elato: _____

INAIS VITAIS:

TPC PA FR Sat. % Dor

Admissão 100 101 12/89 96

15:30 102 115/65 96

16:00 100 105/60 96

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml

Soro fisiológico: *1200* ml

Ringer: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Medicação Dose Via Assinatura

Insulina Regular *15u* *IV* *C. C. S.*

Paracetamol *1g* *EV* *C. C. S.*

Paracetamol *1g* *EV* *C. C. S.*

Eliminações:

Recebido da SO

Desprezado

URPA

Diurese Retorno Gást. Drenagem Retorno da irrigação

OLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Insulina Regular com glicemia controlada. S.R.P.N. em uso de insulina regular, com glicemia controlada.*

Assinatura *C. C. S.* *Carimbo* *162232*



[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

PLACA: 036.205.254-00
RUBRICADO: 00154498600
EXERCÍCIO: 2017

MARLA SOLIMANE DOS SANTOS

PLACA: MYB0933
RUBRICADO: 0020039411000026

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MODELO: HONDA CG 125 TITAN X5
ANO FAB: 2001
ANO MOD: 2003

CATEGORIA: 0020039411000026
PARTICULAR: 0020039411000026

FAIXA: 0.00
VENIO: 10/03/2017
1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0.00
PREMIO TOTAL (R\$): 0.00
DATA DE PAGAMENTO: 28/05/2017

TAXAS DETRAN: PAGO
DPVAT: PAGO

MOTOR: 7-13511098626

BRUNO LINS PEREIRA
28/05/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE TRAFEGO
TRANSPORTAÇÃO COM O 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.dpvatsegurodetran.br
SAC DPVAT 0800 022 1211

EXERCÍCIO: 2017
DANE: 23/C

PLACA: 036.205.254-00
RUBRICADO: 00154498600
EXERCÍCIO: 2017

MODELO: HONDA CG 125 TITAN X5
ANO FAB: 2001
ANO MOD: 2003

CATEGORIA: 0020039411000026
PARTICULAR: 0020039411000026

FAIXA: 0.00
VENIO: 10/03/2017
1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0.00
PREMIO TOTAL (R\$): 0.00
DATA DE PAGAMENTO: 28/05/2017

TAXAS DETRAN: PAGO
DPVAT: PAGO

MOTOR: 7-13511098626

BRUNO LINS PEREIRA
28/05/2017

**PROTOCOLO
RECFRIDO**
23 MAI 2018
**TERRA DO SOL ADM
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:



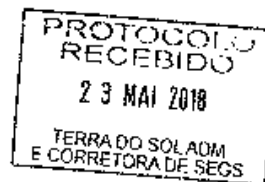
DECLARAÇÃO

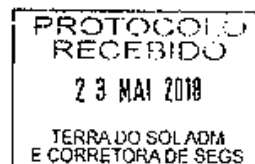
Eu, Jose Wilson Dantas,
portador do RG: 001.452.113 SSP/RN e CPF:
847.224.424-49, reclamante do seguro DPVAT, venho
através dessa declaração informar e comunica que não tenho mas nenhuma
documentação medica Hospitalar, só a que já consta no pleito do meu processo,
que Hospital Maternidade Maria das Neves e Hospital
Proclício M. Lucena entrada,

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





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jose Wilson Dantas
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	001.452.113
ENDEREÇO:	Jose Felinto da Silva, 139, Planalto, Curitiba/PR

OUTORGADO

NOME:	Piero Renato da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Idoso
IDENTIDADE:	1.563.115
ENDEREÇO:	Jose Felinto da Silva, 139, Planalto, Curitiba/PR

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/PR 11.04.18

LOCAL E DATA



Jose Wilson Dantas

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

