



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANGUAÇU**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

MUNICÍPIO APROVADO



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão/SUS: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Data: 22 / 03 / 17 Hora da Entrada: 18:30  
 Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
   \_\_\_\_\_ Comatoso  
   \_\_\_\_\_ c/Hemorragia \_\_\_\_\_ em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### EXAMES SOLICITADOS:

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

\_\_\_\_\_ CLÍNICO \_\_\_\_\_ CIRURGIA \_\_\_\_\_ ORTOPEDIA \_\_\_\_\_ NEUROLOGIA  
 \_\_\_\_\_ OFTALMOLOGIA \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_ INTERNAMENTO SETOR \_\_\_\_\_

### CONDUTA MÉDICA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Gisele Mattioli,  
 Clínico Geral  
 CRM-6850

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

*Solange Pereira dos S. Silva*

CPF da Vítima

*034.030.664-52*

Data do Acidente

*17.03.2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 art. 3º 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.

*Assinatura de Solange Pereira dos S. Silva*

Local e Data

*02 JUL 2018*  
*PROTOCOLO*  
*AG.: NATAL*

*Solange Pereira dos S. Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE IPANQUACU/RN

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 081/2018

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	
Local: RN 118 – CANTO GRANDE	
Data do Fato: 17/03/2018	Horário: 17:00 HORAS
COMUNICANTE: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA	Fone: 84 3533-7820
VITIMA: A Comunicante.	
Filiação: EXPEDITO PEREIRA DOS SANTOS E JOANA DARC DOS SANTOS	Doc RG: 001.440.369 – SSP/RN
Estado civil: CASADA	CPF: 034.030.664-52
Naturalidade: IPANGUAÇU-RN	Profissão: Agricultora
Nascido em: 15/05/1978	IDADE: 40 ANOS
Endereço: Povoado NOVA DESCOBERTA – Nº 98 – ZONA RURAL – IPANGUAÇU/RN – CEP: 59508-000	Nacionalidade: BRASILEIRA

## RESUMO

**OBSERVAÇÃO: BOLETIM DE OCORRÊNCIA REGISTRADO CONFORME PORTARIA Nº 001/2016 – GDG/PC DE 30 DE JANEIRO DE 2016 – PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO – DOE, PARA FINS DE INSTRUÇÃO DO PLEITO RELATIVO AO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT.**

**SERVIDOR QUE EXECUTOU O REGISTRO: ALCEBIADES FERNANDES E SILVA NETO –  
MATRÍCULA 168.554-6.**

LOCAL DO ACIDENTE, DATA E HORÁRIO: RN 118 – COMUNIDADE DO CANTO GRANDE – ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE AFONSO BEZERRA – DIA 17/03/2018 – POR VOLTA DAS 17 HORAS.

UNIDADE MÉDICA QUE PRESTOU ATENDIMENTO: – HOSPITAL MUNICIPAL DE IPANGUAÇU IPANGUAÇU/RN, ASSINADO PELA DRA. GISELE MATTIOLI - CRM 6850 - HOSPITAL REGIONAL NELSON INÁCIO DOS SANTOS E HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

## FATOS

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL O COMUNICANTE, OCASIÃO NA QUAL FEZ O SEGUINTE RELATO: QUE A VÍTIMA VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN – PLACAS MZJ – 8375 – ANO 2008 – COR PRETA – RENAVAM 00976523167 – OPORTUNIDADE EM QUE O CONDUTOR IDAILTON GUILHERME LOPES TENTOU LIVRAR ALGUNS BURACOS NA PISTA E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A SOFRER UMA QUEDA NA VIA, O QUE ACARRETOU DANOS CORPORAIS E MATERIAIS NA COMUNICANTE/VÍTIMA. QUE PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE IPANGUAÇU PARA REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT. NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO.

Registrado em: 06/06/2018	Horário: 13h15min
<u>Sônia Le Pereira dos Santos, Mv</u> Assinatura do Comunicante	 Sônia Le Pereira dos Santos, Mv Servidor e Matrícula

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 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

034.030.664-52

Nome completo da vítima

Solange Pereira dos S. Silva

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Solange Pereira dos Santos Silva 034.030.664-52		Agricultora
Endereço	Número	Complemento
Policlado Nova Descoberta	98	casa
Bairro	Estado	CEP
Zona Rural	RN	59.508-000
Email	Telefone (DDD) 819.9600-9440	

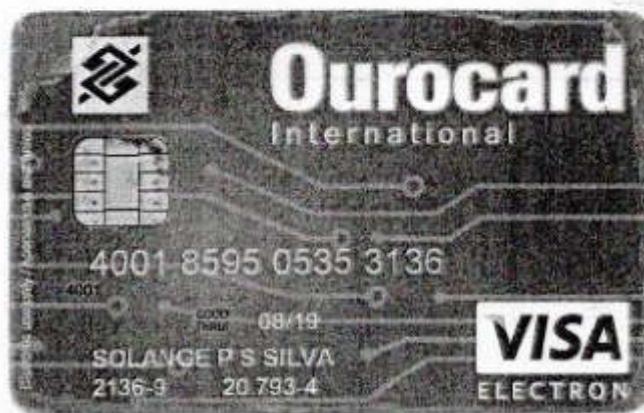
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

COMPREV SECURIS EXTRADOCIAL SP 02 JUL 2018

62 JUL 2018



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 05 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180381820**

**Vítima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 17/03/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

**Nº Sinistro:** **3180381820**

**Vitima:** **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente:** **17/03/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180381820**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 22 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**Sinistro:** 3180381820

**Vítima:** SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**Data do Acidente:** 17/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**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 3180381820** 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, 20 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**Nº Sinistro:** 3180381820

**Vitima:** SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**Data do Acidente:** 17/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180381820**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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**

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

**Nº Sinistro: 3180301980**

**Vitima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 17/03/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180301980**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente,**

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

**Nº Sinistro: 3180301980**  
**Vitima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**  
**Data do Acidente: 17/03/2018**  
**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180301980**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 04 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**Nº Sinistro:** 3180301980

**Vitima:** SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**Data do Acidente:** 17/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180301980**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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**



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 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

**034.030.664-52**

Nome completo da vítima

**Solange Pereira dos S. Silva**

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<b>Solange Pereira dos Santos Silva</b>	<b>034.030.664-52</b>	<b>Agricultora</b>
Endereço	Número	Complemento
<b>Policlado Nova Descoberta</b>	<b>98</b>	<b>casa</b>
Bairro	Estado	CEP
<b>Zona Rural</b>	<b>RN</b>	<b>59.508-000</b>
Email	Telefone (DDD)	
	<b>819.9600-9440</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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

**COMPREV SEGUROS E PROTEÇÃO**

**02 JUL 2018**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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)

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

AGÊNCIA NRO:	D/V	CONTA NRO:	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

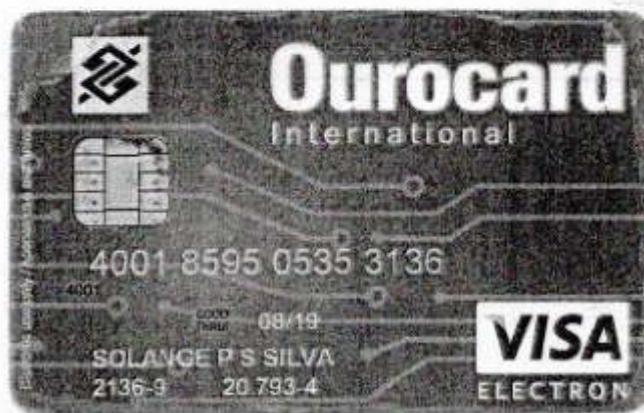
**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

**ATÉ R\$ 1.000,00**

**R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

**ACIMA DE R\$ 10.000,00**

</





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE IPANUACU/RN

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 081/2018

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	
Local: RN 118 – CANTO GRANDE	
Data do Fato: 17/03/2018	Horário: 17:00 HORAS
COMUNICANTE: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA	Fone: 84 3533-7820
VITIMA: A Comunicante.	
Filiação: EXPEDITO PEREIRA DOS SANTOS E JOANA DARC DOS SANTOS	Doc RG: 001.440.369 – SSP/RN
Estado civil: CASADA	CPF: 034.030.664-52
Naturalidade: IPANGUAÇU-RN	Profissão: Agricultora
Nascido em: 15/05/1978	IDADE: 40 ANOS
Endereço: Povoado NOVA DESCOBERTA – Nº 98 – ZONA RURAL – IPANGUAÇU/RN – CEP: 59508-000	Nacionalidade: BRASILEIRA

## RESUMO

**OBSERVAÇÃO: BOLETIM DE OCORRÊNCIA REGISTRADO CONFORME PORTARIA Nº 001/2016 – GDG/PC DE 30 DE JANEIRO DE 2016 – PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO – DOE, PARA FINS DE INSTRUÇÃO DO PLEITO RELATIVO AO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT.**

**SERVIDOR QUE EXECUTOU O REGISTRO: ALCEBIADES FERNANDES E SILVA NETO –  
MATRÍCULA 168.554-6.**

LOCAL DO ACIDENTE, DATA E HORÁRIO: RN 118 – COMUNIDADE DO CANTO GRANDE – ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE AFONSO BEZERRA – DIA 17/03/2018 – POR VOLTA DAS 17 HORAS.

UNIDADE MÉDICA QUE PRESTOU ATENDIMENTO: – HOSPITAL MUNICIPAL DE IPANGUAÇU IPANGUAÇU/RN, ASSINADO PELA DRA. GISELE MATTIOLI - CRM 6850 - HOSPITAL REGIONAL NELSON INÁCIO DOS SANTOS E HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

## FATOS

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL O COMUNICANTE, OCASIÃO NA QUAL FEZ O SEGUINTE RELATO: QUE A VÍTIMA VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN – PLACAS MZJ – 8375 – ANO 2008 – COR PRETA – RENAVAM 00976523167 – OPORTUNIDADE EM QUE O CONDUTOR IDAILTON GUILHERME LOPES TENTOU LIVRAR ALGUNS BURACOS NA PISTA E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A SOFRER UMA QUEDA NA VIA, O QUE ACARRETOU DANOS CORPORAIS E MATERIAIS NA COMUNICANTE/VÍTIMA. QUE PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE IPANGUAÇU PARA REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT. NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO.

Registrado em: 06/06/2018	Horário: 13h15min
<u>Sônia Le Pereira dos Santos, Mie</u> Assinatura do Comunicante	 Sônia Le Pereira dos Santos, Mie Servidor e Matrícula

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

*Solange Pereira dos S. Silva*

CPF da Vítima

*034.030.664-52*

Data do Acidente

*17.03.2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 art. 3º 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.

*Assinatura* /RN, 25 de Junho

Local e Data

02 JUL 2018  
PROTOCOLO  
AG.: NATAL

*Solange Pereira dos S. Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANGUAÇU**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

MUNICÍPIO APROVADO



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão/SUS: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Data: 22 / 03 / 17 Hora da Entrada: 18:30  
 Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
   \_\_\_\_\_ Comatoso  
   \_\_\_\_\_ c/Hemorragia \_\_\_\_\_ em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### EXAMES SOLICITADOS:

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

\_\_\_\_\_ CLÍNICO \_\_\_\_\_ CIRURGIA \_\_\_\_\_ ORTOPEDIA \_\_\_\_\_ NEUROLOGIA  
 \_\_\_\_\_ OFTALMOLOGIA \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_ INTERNAMENTO SETOR \_\_\_\_\_

### CONDUTA MÉDICA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Gisele Mattioli,  
 Clínico Geral  
 CRM-6850

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

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



www.cosern.com.br

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

Ligações Grárias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 115

-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 Gráaria de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gráaria de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SELVA  
CPF: 034.030.564-52 NIS: 16597593732

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO NOVA DESCOBERTA 98

NOVA DESCOBERTA/AREA RURAL  
59508-000 IPANUACU 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](http://www.cosern.com.br).

DATA DE VENCIMENTO  
**22/06/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**40,42**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
**15/06/2018**DATA DA APRESENTAÇÃO  
**15/06/2018**NÚMERO DA NOTA FISCAL  
**007993483**CONTA CONTRATO  
**000851766618**Nº DO CLIENTE  
**3000688721**Nº DA INSTALAÇÃO  
**000030996**

Série: U

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS**  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

**B9CA.9AB5.50E2.99C8.5E53.9780.847D.02E5**

## DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20940554	6,28
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,35898094	22,97
Acréscimo bandeira AMARELA			0,31
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,58
Contribuição Iluminação Pública			2,88
ICMS-Parcela Subvencionada			5,53
Multa por atraso-NF 005109489 - 17/04/18			0,66
Juros por atraso-NF 005109489 - 17/04/18			0,21
Atualização IGPM-NF 005109489 - 17/04/18			0,11
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>40,42</b>

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt. Real	Valor
23/05/18	15/06/18	22,67

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer os inclusões nos registros de restrição de crédito da SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores nem exime não srange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,16151456	JUN	18
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,37888200	MAI	18
		ABR	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	17
		NOV	17
		OUT	17
		SET	17
		AGO	17
		JUL	17
		JUN	17

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
geração de Energia	12,03 36,19
transmissão	1,55 4,58
distribuição (cosern)	2,34 23,57
encargos setoriais	1,13 3,69
tributos	7,11 22,38
TOTAL	31,14 100

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS							
BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPORSTO	BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPORSTO	BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPORSTO				
31,14	18,00	31,14	5,60	0,87	0,27	31,14	4,00	4,00	1,24

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	WATTS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000216912335	CAT	15/06/2018 245,00	15/06/2018 482,00	30	1,00000	0,00	94,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		abr/2018			
DIC-No de horas sem Energia	ESTREITO	9,46	11,16	22,32	44,65
FIC-No de vezes sem Energia		4,00	7,89	15,79	31,58
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,57	6,08	0,00	0,00
ICR-Interrupção em dia crítico			Límite DIC(8): 16,80		
DUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 10,64					

Favor Consultar para solicitar a apresentação dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e ICR e qualquer tempo.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! Lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br), ag correios ipocaeta: avenida luis gonçaga, centro / bar e marcenário: ipanguacu, centro

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).

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

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. 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.

Pague, em atraso, para multa 2,1% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prós. mês.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,10.

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

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

**DETALHE DA FATURA**

TALÃO DE PAGAMENTO.

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

838900000005 404200384005 851766618205 010418763833



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Anderson Patrício Borges da Silveira,  
RG nº 002.728.994, data de expedição 09/05/2014,  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 078 301 874-60, com  
domicílio na cidade de Ipanguaçu, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
S. Nova Desluberta, nº 98,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Selony P. S. Silva, cujo o condutor era

Veículo: Honda  
Modelo: CG 125 Fan

Modelo: CG 125 Fan  
Ano: 2014

Ano: 2008 /

Placa: M28 8375 / RN  
Chassi:

Chassi: 9C23C30788945213  
Data do Acidente:

Data do Acidente: 30/07/2006

Local e Data: Infraconstruções 17.03.2018

**Anderson Patrício Bortolozzo da Silva**  
Assinatura do Declarante

**Assinatura do Declarante**

~~UNICO~~ Milton Guilherme Lopes

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANGUACU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF

Responsável técnico: José Mácio Barbosa Júnior

**ATESTADO**

A paciente SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA, portadora do CPF: 034.030.664-52, com o diagnóstico, de fratura do terço proximal do úmero, hoje encontra-se realizando 2 vezes por semana sessões de fisioterapia para melhorar a amplitude de movimento e analgesia, impossibilitando a mesma de realizar pequenas atividades.

José Mácio Barbosa Júnior  
Fisioterapeuta  
CREFITO 146680-F

*José Mácio B. Júnior*

23/07/2018



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANGUAÇU**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

MUNICÍPIO APROVADO



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão/SUS: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Data: 22 / 03 / 17 Hora da Entrada: 18:30  
 Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
   \_\_\_\_\_ Comatoso  
   \_\_\_\_\_ c/Hemorragia    em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### EXAMES SOLICITADOS:

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

\_\_\_\_\_ CLÍNICO    \_\_\_\_\_ CIRURGIA    \_\_\_\_\_ ORTOPEDIA    \_\_\_\_\_ NEUROLOGIA  
 \_\_\_\_\_ OFTALMOLOGIA    \_\_\_\_\_ OUTROS    \_\_\_\_\_ INTERNAMENTO SETOR \_\_\_\_\_

### CONDUTA MÉDICA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Gisele Mattioli,  
 Clínico Geral  
 CRM-6850

Brasileiro de Rio Grande do Norte  
Petrópolis, Rio Grande do Norte  
Centro de Atendimento à Cidadão

PROTECO SOCORRO MUNICIPAL



210

Solange Pereira dos Santos Silva 15/05/78 - 39a F

RG 1440369

Icona Dâncio dos Santos

S+ Nova Descoloniz.

Ipanguaçu

PN

17/03/18

19:21

Ana

Roxo X

*N* Difusina *N*

Município de São Gonçalo do Amarante  
CEP 60360-000  
COREN/RN 40134

**PROTECO**

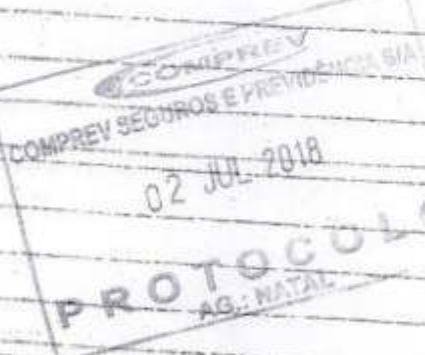
Paciente vítima de queimadura de 2º grau na  
região dor no orofaríngeo. D. L. Negro em  
100% exsiccata.

Medidas de suporte: oxigênio

130x80

ABCD 127

Pr



DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018
DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018
DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018
DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA**

NOME: Dulciane de Souza SEXO:   IDADE:  

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ ENTRADA AS: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_ SAÍDA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

*Paciente vindos de casa de saúde de Vila Urtigão  
apresentava dor no umbigo, febre, dor de cabeça e dor no lado  
esquerdo.*

**ESTADO GERAL:**

*EEG: Vgl. oriental.*

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

*Fistula de urino - provento - D.*

**PROCEDIMENTO:**

*U. fistula de urino - D.*

Assinatura do médico, carimbo

*Carimbo: Dr. Carlos Andrade*  
COMPRAV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUL 2018  
Protocolo

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 6014 - SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

Nascimento: 15/05/1978

Natural: IPANEMA, RJ

Sexo: F Cor: PARDAS

CNS: 898002321600855

CPF: 03425545000

PESO:

Mae: JOANA DARC DOS SANTOS

ESTADO: RIO GRANDE DO SUL

Endereço: NOVA DESCOBERTA, 95

CEP: 59080000

Bairro: ZONA RURAL

- INQUADRA

Telefone: (51) 35237820

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOT 1

Origem: AMBULANCIA OUTRO

OBS:

HORA	P.A	HGT	SatO2	IMC	DE PESO	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA EXAME FÍSICO

Queixas: fratura em úmero direito ALERGICA A DIPIRONA

Hora: \_\_\_\_\_

Trauma - ondo D  
 com dor e limitação funcional  
 - Reوردão de dor e vermelho  
 Drog: Fracura de ombro direito  
 - Não observa alteração importante  
 da projeção

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

- Tifexa

- valdene

- natal 20 - OFATEC



\*Saída: 1) Alta por decisão médica

Data: 1/07/18 Hr:

Ass. Médico:

Observação: 1) Ev. 180

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MOURA

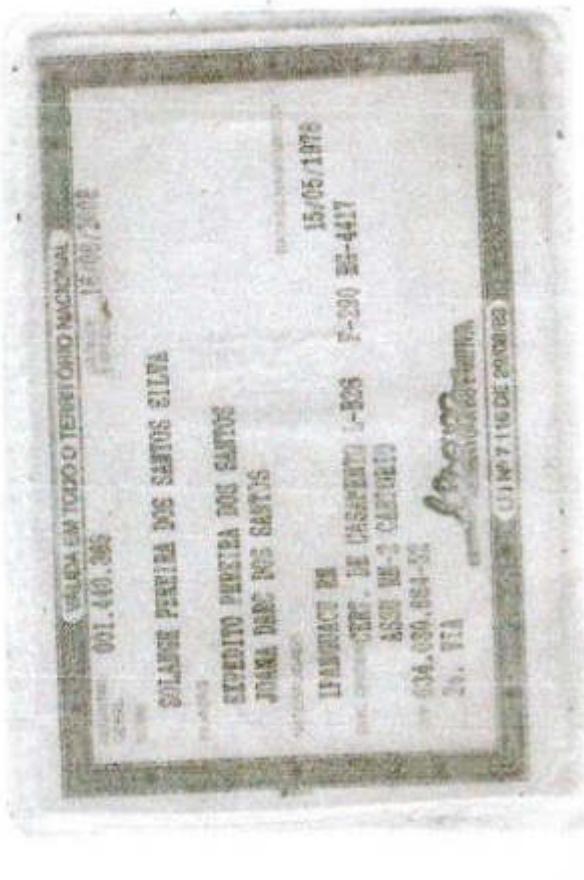
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 03/05/2018

R. 100

Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA

SAME ARQUIVO





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301870/18

Vítima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF: 034.030.664-52

CPF de: Próprio Titular do CPF: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/03/2018

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### **Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA : 034.030.664-52**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### **ATENÇÃO:**

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### **Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 17/08/2018  
Nome: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF/CNPJ: 034.030.664-52

### **Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 17/08/2018  
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS  
CPF: 106.690.934-24

SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236106/18

Vítima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF: 034.030.664-52

CPF de: Próprio Titular do CPF: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/03/2018

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### **Sinistro**

Documentação médica-hospitalar  
Outros

### **ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**
  - A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**
- Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### **Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 27/07/2018  
Nome: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF: 034.030.664-52

### **Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 27/07/2018  
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS  
CPF: 106.690.934-24

SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236106/18

Vítima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

CPF: 034.030.664-52

Data do Acidente: 17/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### **Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA : 034.030.664-52**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

#### **ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### **Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 02/07/2018

Nome: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF/CNPJ: 034.030.664-52

#### **Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 02/07/2018

Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS  
CPF: 106.690.934-24

SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012391604183  
DATA: 04/06/2015

CÓD. RENAVAM: 014950284

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO, TRANSPORTES E CIDADANIAS

EXERCÍCIO: 2015

COMPRAR SEU SEGURO PREVENCIA ASA

PROTÓTICO: 02 JUL 2015

PLACA: QTR5028 / RN

CHASSI: 3C2K21670D413661

COMBUSTÍVEL: ALCOOL-GÁSOL

ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2013

MARCA / MODELO: FAN EST.

CATEGORIA: PARTICULAR

CÓD. / FOL. / CIL: 077/149 CITIZEN RODAS

VENC. COTA UNICA: 03/06/2016

FAIXA IPVA: 02855 3X

PARCELAMENTO / COTAS: 2x PAGTO: 11/07/2016

3x PAGTO: 10/01/2017

PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$): 105,00

LICENCIAMENTO: 04/06/2016

DATA DE PAGAMENTO: 10/06/2016

MOTOR: K115E7D413661

DATA: 10/06/2016

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DUPS, SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 012391604183 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

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

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 10/06/2016

PLACA: QTR5028 / RN

DATA / MODELO: 07/11/2013 FAN EST.

RENAVAM: 001910249286 DATA / CÓD: 105,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 105,00

ANO FAB: 2012 COTA UNICA: 105,00 PAGAMENTO: 10/06/2016

PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$): 105,00 PAGAMENTO: 10/06/2016

CUSTO DO BILHETE (R\$): 105,00 PAGAMENTO: 10/06/2016

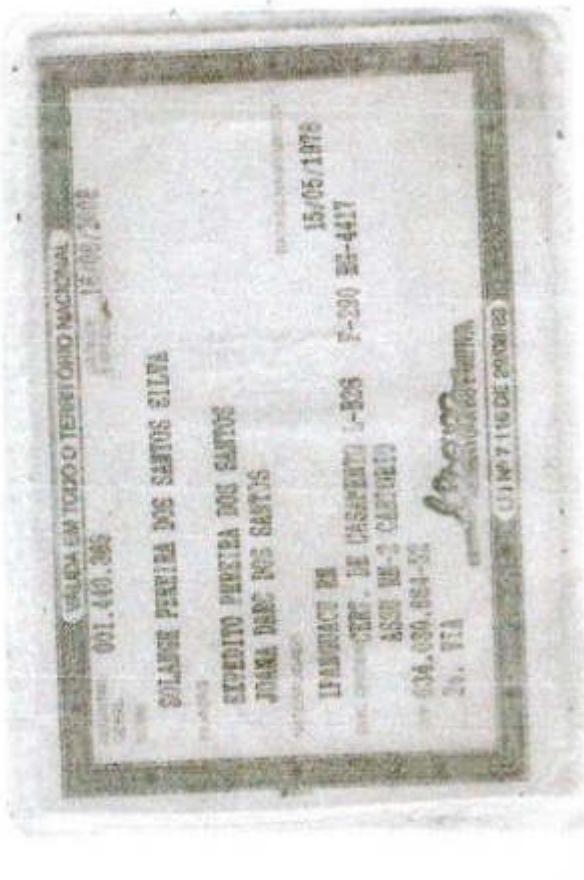
**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ: 05.248.598/0001-04

WWW.seguradoralider.com.br

Lider Seguro DPVAT - RN Silveira  
Coordenador de Registro de Veículos  
0800 022 1204

0800 022 1204





Responsável técnico: José Mácio Barbosa Júnior

### ATESTADO

A paciente SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA, portadora do CPF: 034.030.664-52, com o diagnóstico, de fratura do terço proximal do úmero, hoje encontra-se realizando 2 vezes por semana sessões de fisioterapia para melhorar a amplitude de movimento e analgesia, impossibilitando a mesma de realizar pequenas atividades.

José Mácio Barbosa Júnior  
Fisioterapeuta  
CREFITO 146680-F

José Mácio B. Júnior

23/07/2018



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANGUAÇU**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

MUNICÍPIO APROVADO



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão/SUS: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Data: 22 / 03 / 17 Hora da Entrada: 18:30  
 Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
   \_\_\_\_\_ Comatoso  
   \_\_\_\_\_ c/Hemorragia \_\_\_\_\_ em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### EXAMES SOLICITADOS:

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

\_\_\_\_\_ CLÍNICO \_\_\_\_\_ CIRURGIA \_\_\_\_\_ ORTOPEDIA \_\_\_\_\_ NEUROLOGIA  
 \_\_\_\_\_ OFTALMOLOGIA \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_ INTERNAMENTO SETOR \_\_\_\_\_

### CONDUTA MÉDICA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Gisele Mattioli,  
 Clínico Geral  
 CRM-6850

Brasileiro de Rio Grande do Norte  
Petrópolis, Rio Grande do Norte  
Centro de Atendimento à Cidadão

PROTECO SOCORRO MUNICIPAL



210

Solange Pereira dos Santos Silva 15/05/78 - 39a F

RG 1440369

Icona Dâncio dos Santos

S+ Nova Descoloniz.

Ipanguaçu

PN

17/03/18

19:21

Ana

Roxo X

*N* Difusina *N*

Município de São Gonçalo do Amarante  
CEP 61360-000  
COREN/RN 40134

**PROTECO**

Paciente vítima de queimadura de 2º grau na  
região dor no orofaríngeo. D. L. Negro em  
100% exsiccata.

Medidas de suporte: oxigênio

130x80

ABCD 127

Pr



DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018
DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018
DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018
DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018	DATA:	02/07/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA**

NOME: Dulciane de Souza SEXO:   IDADE:  

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ ENTRADA AS: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_ SAÍDA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

*Paciente vindos de casa de saúde de Vila Urtigão  
apresentava dor no abdômen, febre, dor de cabeça e dor no  
abdômen.*

**ESTADO GERAL:**

*EEG: Vgl, oriental.*

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

*Fistula de urina - gravida - D.*

**PROCEDIMENTO:**

*U. fistula de urina*

Assinatura do médico, carimbo

*Carimbo: Dr. Carlos Andrade*  
COMPRAV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUL 2018  
Protocolo

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 6014 - SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

Nascimento: 15/05/1978

Natural: IPANGUACU, RIO R.

Sexo: F Cor: PARD

CNS: 898002321600855

CPF: 03425545000

PESO:

Mae: JOANA DARC DOS SANTOS

ESTADO: RIO GRANDE DO SUL

Endereço: NOVA DESCOBERTA, 95

CEP: 59080000

Bairro: ZONA RURAL

- INQUADRA

Telefone: 84 35237820

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOT 1

Origem: AMBULANCIA OUTRO

OBS:

HORA	P.A	HGT	SatO2	IMC	DE PESO	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA EXAME FÍSICO

Queixas: fratura em úmero direito ALERGICA A DIPIRONA

Hora: \_\_\_\_\_

Trauma - ondo D  
 com dor e limitação funcional  
 - Reوردão de dor e vermelho  
 Drog: Fracura gl. e dor  
 - Não observa alteração importante  
 da projeção

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:



Alergia  
 a dipirona  
 HORARIO ASSINT.

- Tifexa

- valdene

- fladol 20 - OFATEC



0083

\*Saida:  Alta por decisão médica

Data: 1/08. Hr:

Ass. Médico:

Observação: Evasão

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MACHADO

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 03/05/2018

05/05/2018

RIMA

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Anderson Patrício Borges da Silveira,  
RG nº 002.728.994, data de expedição 09/05/2014,  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 078 301 874-60, com  
domicílio na cidade de Pangueu, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
S. Nova Deserta, nº 98,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Selma P. S. Silva, cujo o condutor era

Veículo: Honda  
Modelo: CG 125 Fan  
Ano: 2008/  
Placa: MZB 8375 / RN  
Chassi: 9C23C30706  
Data do Acidente:  
Local e Data: Aracaju

**Anderson Patrício Borrero da Silva**  
Assinatura do Declarante

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



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

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



www.cosern.com.br

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

Ligações Gráficas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 115

-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 Gráfica de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gráfica de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SELVA  
CPF: 034.030.564-52 NIS: 16597593732

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO NOVA DESCOBERTA 98

NOVA DESCOBERTA/ÁREA RURAL  
59508-000 IPANUACU 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](http://www.cosern.com.br).

DATA DE VENCIMENTO  
**22/06/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**40,42**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
**15/06/2018**DATA DA APRESENTAÇÃO  
**15/06/2018**NÚMERO DA NOTA FISCAL  
**007993483**CONTA CONTRATO  
**000851766618**Nº DO CLIENTE  
**3000688721**Nº DA INSTALAÇÃO  
**000030996**

Série: U

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS**  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

**B9CA.9AB5.50E2.99C8.5E53.9780.847D.02E5**

## DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20940554	6,28
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,35898094	22,97
Acréscimo bandeira AMARELA			0,31
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,58
Contribuição Iluminação Pública			2,88
ICMS-Parcela Subvençionalada			5,53
Multa por atraso-NF 005109489 - 17/04/18			0,66
Juros por atraso-NF 005109489 - 17/04/18			0,21
Atualização IGPM-NF 005109489 - 17/04/18			0,11
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>40,42</b>

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt. Real	Valor
23/05/18	15/06/18	22,87

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer os inclusões nos registros de restrição de crédito da SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores nem exime não sancionar débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,16151456	JUN	18
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,37888200	MAI	18
		ABR	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	17
		NOV	17
		OUT	17
		SET	17
		AGO	17
		JUL	17
		JUN	17

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
geração de Energia	12,03
transmissão	1,55
distribuição (cosern)	2,34
encargos setoriais	1,13
tributos	7,11
TOTAL	31,14

100
94
81
87
89
106
92
101
118
112
96
108
126
121

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2018					
DIC-No de horas sem Energia	ESTREITO	9,46	11,16	22,32	44,65
FIC-No de vezes sem Energia		4,00	7,89	15,79	31,58
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,57	6,08	0,00	0,00
ICR-Interrupção em dia crítico			Límite DIC(8): 16,86		
DUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 10,64					

Fazer Consumidor pode solicitar a apresentação dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e ICR e qualquer tempo.

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	VARIAÇÃO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000216912335	CAT	15/06/2018 245,00	15/06/2018 249,00	30	1,00000	0,00	44,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/07/2018

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br), ag correios ipocaeta: avenida luis gonçaga, centro / bar e marcenário: ipanguacu, centro  
Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).  
O pagamento dessa Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. 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.  
Pague, em atraso, para multa 2,1% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prós. mês.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,10.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000851766618	06/2018	40,42	22/06/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA