



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta n°: 9299361

A/C: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Sinistro: 3160198042 ASL-0135780/16
Vítima: EVANIA RODRIGUES BATISTA
Data Acidente: 21/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO MANOEL DE SOUZA DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

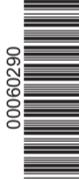
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2016

Carta n°: 9394421

A/C: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Sinistro: 3160198042 ASL-0135780/16
Vitima: EVANIA RODRIGUES BATISTA
Data Acidente: 21/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO MANOEL DE SOUZA DANTAS

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: EVANIA RODRIGUES BATISTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000076115-0

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 dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ **843,75**

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ **843,75**

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Evânia Rodrigues BatistaPORTADOR(A) DO RG N° 2940923EXPEDIDO POR SSPIANEM 23/08/2006

CPF 10383210405 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO do lar
 E RENDA MENSAL DE R\$ 511,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Evânia Rodrigues Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2008 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 76115-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Penomiminen, 02 de Fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

Evânia Rodrigues Batista

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG CAMARA CASCUDO
DATA: 07/03/2016 HORA: 18:30:49
TERMINAL: 15851016 CONTROLE: 158510160658

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 2008 / PARNAMIRIM
CONTA : 013.00.076.115-0
NOME : EVANIA RODRIGUES BATISTA

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





B O A T

9001

1 - LOCAL E DATA

Local AV. BELA PARNAMOLINA Bairro VILA NOVA
Cidade/UF PARNAMOLINA / RN P. Ref. COLEGIO SISTEMA INFANTIL
Data 11/21/15 Hora do acidente 12:00 Hora do registro 13:00 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYR-9788 Cidade PARNAMOLINA UF RN
Marca/Mod. VW/BOL Cor BRANCA Ano 1991/1991
Proprietário SEU ELINO SOEL DE MELO Nº de Ocupantes 02
Condutor JULIANA MAYARA BATISTA Data de Nasc. 23/08/1993
Endereço RUA MIRANDOLINA TETEXETUÁ DE ANDRADE Nº 650 Fone _____
Bairro TABOKSA / BOSQUE DAS OLINDAS Cidade SÃO JOSE DE MIPIMBU UF RN
CPF Nº 104.643.244-32 CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMA Fone 9929-3341
End. RUA PECES DE PONTO Nº 3802 Bairro P. DE AREIA Cidade PARNAMOLINA

DOCUMENTO 1 *T1%*



4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NOTONEITA TRAXX Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. NOTONEITA TRAXX Cor PRETA Ano 2008/2008
Proprietário _____ Nº de Ocupantes 02
Condutor EVANDA ROSARIOES BASTIA Data de Nasc. 17/09/1990
Endereço L-2 TRAVESSA MARIA DA GALLETA Nº 93 Fone 9454-1496
Bairro MONTE CASTELO Cidade PARNAMOLINA UF RN
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho DO LAR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. / /
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

PROTOCOLO RECEBIDO
10 MAR 2016
ARAUNA SEGUROS S/A

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. / /
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AU. BELA PARNAMOLIM

Em que sentido? BR 302 X MORTA VERDE

Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA CITADA QUANDO A SUA FRENTE TRAFEGAVA UM ONIBUS QUE ENTROU A DIREITA E DESPRESENTOU V1, QUE SAIU DA RUA JOKEY CLUB, REGULANDO A SER POLICIO POE V2.

Assinatura do Condutor do V1 Eduardo Rodrigues Britto

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AU. PERIMETRAL

Em que sentido? BR 304 X JOKEY CLUB

Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA CITADA CONTANDO DESPRESENTOU UM ONIBUS QUE TRAFEGAVA NA AU. BELA PARNAMOLIM TIROU ENTROU A DIREITA NA AU. PERIMETRAL E DEU VEZ A V1 PARA PEGAR A AU. BELA PARNAMOLIM QUANDO DESPRESENTOU V2 QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO DO ONIBUS COLIDIU NA LATERAL DIANTEIRA DE V1.

Assinatura do Condutor do V2 Juliane Mayara Balista 14:25

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

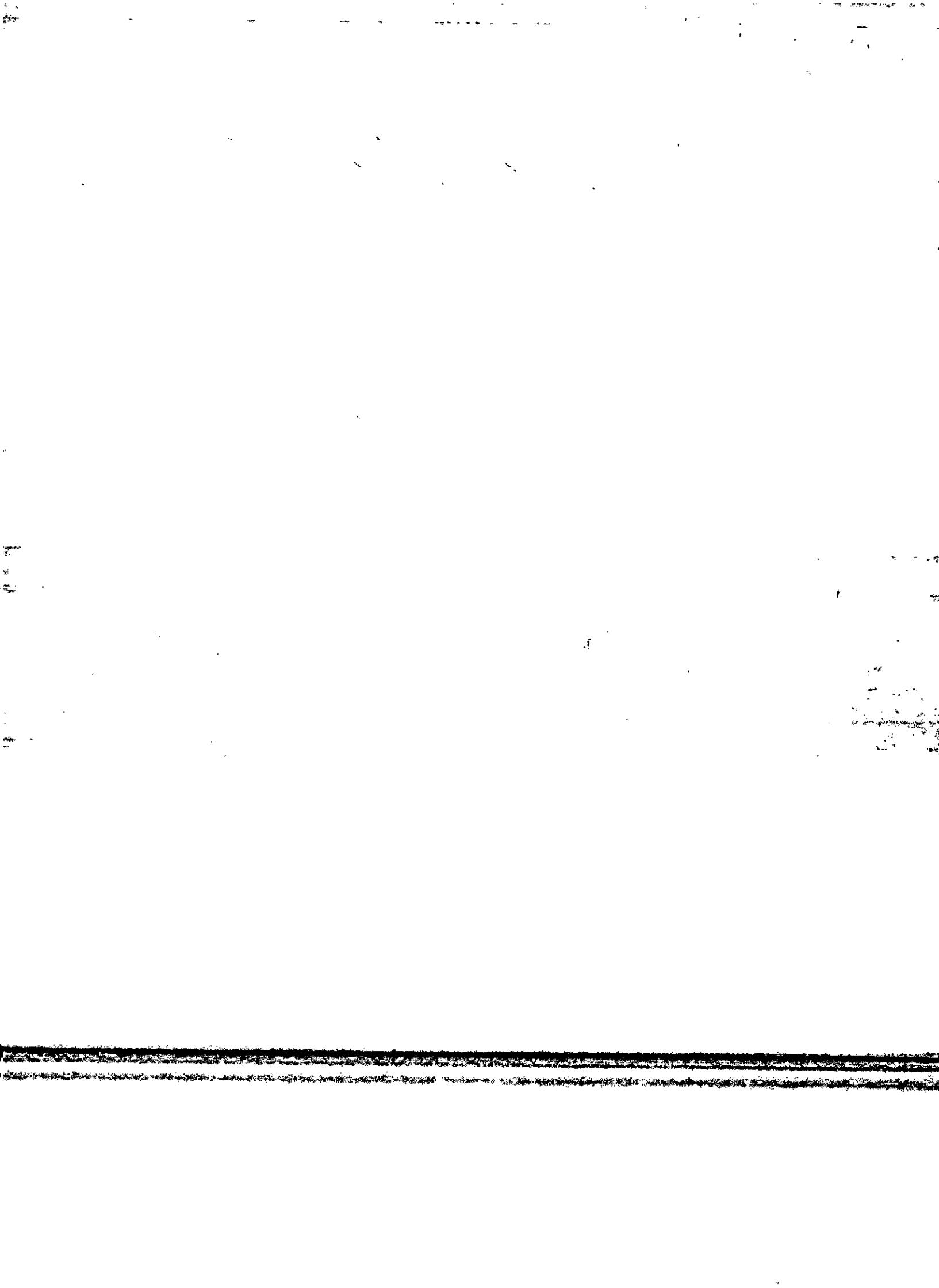
SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4



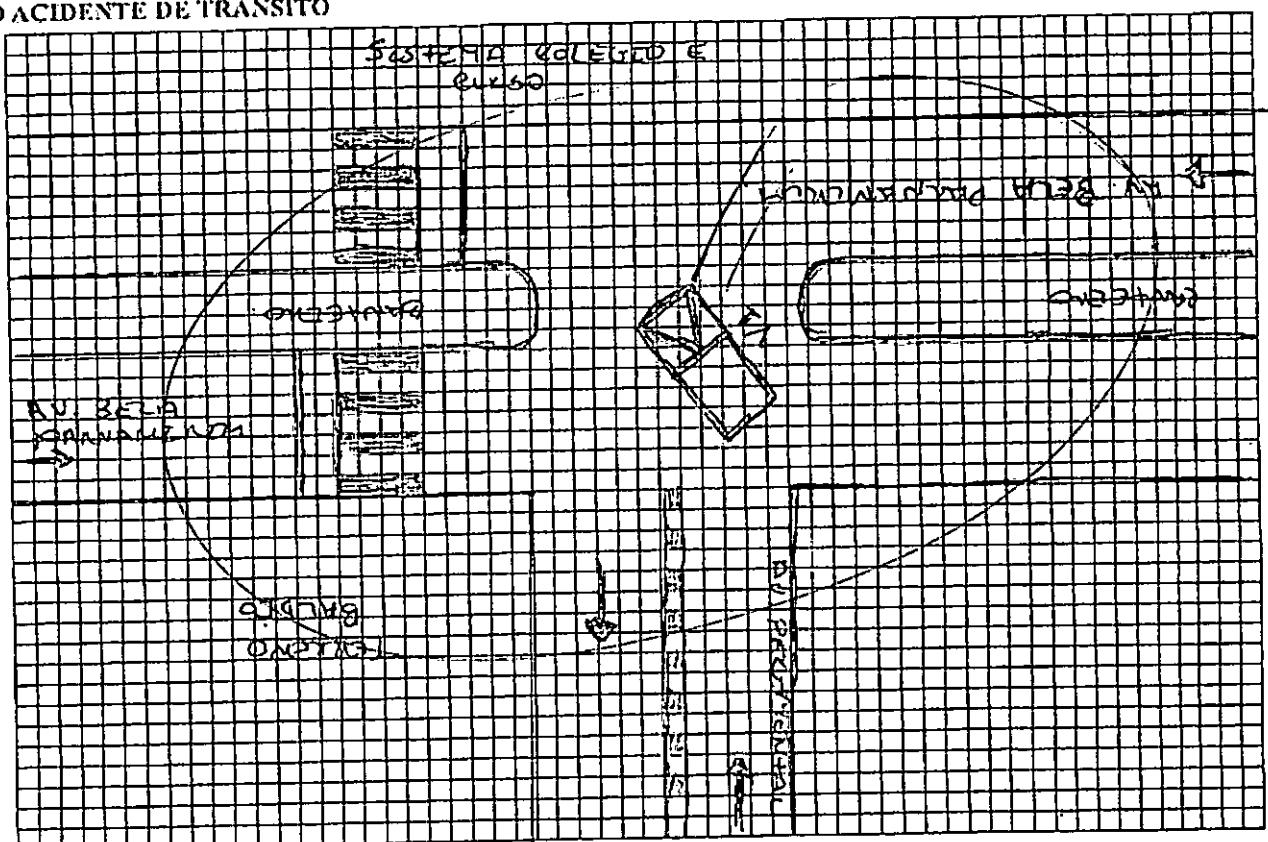
1.8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros

Carmel./Pista	Cond./ Pista
<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada
<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água
<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa
<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlamenda
<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras
<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Sinalização
 Inexistente
 Do Agente de Trânsito
 Do Semáforo
 Faixa de Pedestre
 Linha _____
 Placa(s) _____
 Lombada eletrônica
 Vel. Máx. Perm. _____ KM/H

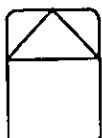
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10.4 AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

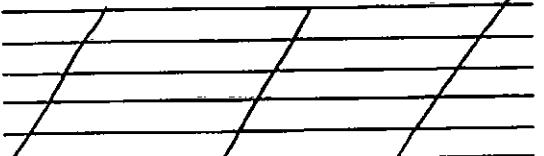
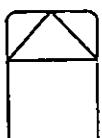
AVARIAS DO VEÍCULO I

FAKOL LADO 1000CTO - SONALE DLA
DO 1000 DOKCTO -

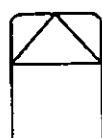
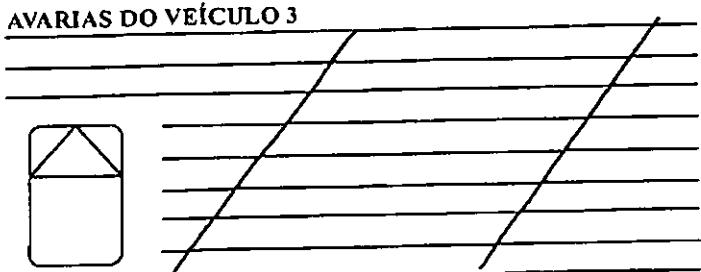


AVARIAS DO VEÍCULO 2

REMONDISOR LAVO DIRETTO
MANETA LAVO DIRETTO.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Testemunha Presenciou: Fato Registro

Nome EVANCA RODRIGUES BATISTA Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 31/10/1990
 RG N° _____ Nº _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão A MESMA DA CONDUZIDA DE V2.

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: DIOPLESIO MARQUES

Testemunha Presenciou: Fato Registro

Nome EDONALVA STOQUEIRO DE SOUZA Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 31/10/1983
 RG N° _____ Nº 03 Fone 98813-6884
 Endereço RUA JOÃO FELIPE SEARNA Cidade PARANAMirim UF PI
 Bairro VILA NOVA
 Versão INOLHADA QUE TRAFEGAVA NA RUA BELA PARANAMirim QUANDO A SUA FRENTE VINDA UM ONIBUS QUE AO ENTRAR A DISTÂNCIA LOGO ATINGIU O V2 QUANDO V2 PULOU DE REPENTE A SUA FRENTE

Assinatura Edonalva Siqueira de Souza 1325 Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Testemunha Presenciou: Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Testemunha Presenciou: Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____ Nº _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AFTN _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
O CONDUTOR DE V2 RETIROU SUA TRAXX DO LOCAL.
A TRAXX ESTAVA SEM DOCUMENTO.
FOU FEITO UM AUTO DE INFRAÇÃO PARA O V1.
Nº A-18 076672 - ART. 501-0

Nome Completo do Agente Guilherme Vaz de Melo
 POSTO/GRAD.: CB PM N° 99111 Viatura 110 Subunid.: 3º GPRE
 Local e Data Paranamirim (21) de Dezembro de 2015 Assinatura do Agente de Trânsito



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 29 de Dezembro de 2015.

BOAT nº: 90001

Data: 21/12/2015

Local: Av. Bela Parnamirim - Vida Nova - Parnamirim/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) VW/ GOL CL - MYC 9788
(V-2) TRAXX/

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 1 deixou de observar o que preceituam os artigos 28, 34 e 309. Já o condutor de V - 2 deixou de observar o que preceitua o artigo 309.

76
Tony Swamarn Vale Castro Cap. QOPM

Mat. 170.077-4

CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Magnon 1º Ten
Mat. 196.114-4

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta do boletim.

Número do Boletim: 90001 Número da Ocorrência: 467600 Data Registro: 29/12/2015 Hora Registro: 01:57:12
Número/Controle: RW2RRHXU38

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

rausma

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Evania Rodrigues Batista, portador da carteira de identidade nº 2910923 e inscrito no CPF/MF sob o nº 303.832.704-05, residente e domiciliado na RIV 4 MAP da Galileia - 93 Monte Posto, Cidade Parnamirim, Estado RN, 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:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T3%



Evania Rodrigues Batista

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Parnamirim/RN 02/02/2016

Local e data





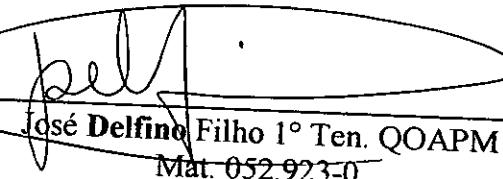
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Cap Mor Gouveia, s/n, Cid. da Esperança, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
 Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: cpresetorsetortrafego@hotmail.com

DECLARAÇÃO
055 / 16

Declaro para os devidos fins que em referência ao **BOAT 90001**, do dia 21 de Dezembro de 2015, não foi possível descrever nem o nome do proprietário, nem os dados do Veículo – 2 no Campo 04, em virtude da condutora do mesmo não portar os documento do veículo na hora do sinistro, apresentando-os posteriormente neste setor, sendo os mesmos listados a seguir: Thelise Silva Melo Alves, CPF: 393.257.844-91 e o 951BXKBB18B001886, conforme documentação anexa.

Natal - RN, 09 de Junho de 2016.


 José Delfino Filho 1º Ten. QOAPM
 Mat. 052.923-0
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO



1. LOCAL E DATA
Local AV. BELA PARNAMACI
Cidade/UF PARNAMACI / RN
Data 07/11/2015 Hora do acidente 12:00 Hora do registro 13:00 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA
Bairro VILA NOVA
P. Ref. COLEGIO SISTEMA INFANTIL

2. NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outro(s) _____

3. VEÍCULO 01

Placa ou Chassi MYE-9788 Cidade PARNAMACI UF RN
Marca/Mod. VW/GOL Cor BRANCA Ano 1993/1993
Proprietário SEVERINO SOEL DE MELLO Nº de Ocupantes 02
Condutor JULIANA MAYARA BATISTA Data de Nasc. 03/08/1993
Endereço RUA MIRANDOLINA TEIXEIRA DE ANDRADE N° 650 Fone _____
Bairro TABOCA / BOSQUE DAS ROLINHAS Cidade SÃO JOSE DE MIPIMBU UF RN
CPF N° 104.643.244-32 CNH N° Validade / / / / Categoria _____
Local de Trabalho AUTONOMA Fone 9929-3341
End. RUA PERNAS DE CAMPO Nº 1802 Bairro P. DE AREIA Cidade PARNAMACI

4. VEÍCULO 02

Placa ou Chassi NOTONE TA TRAXX Cidade PIRIATI UF _____
Marca/Mod. NOTONE TA TRAXX Cor PIRETA Ano 2008/2008
Proprietário EVANDA RODRIGUES BATISTA Nº de Ocupantes 02
Condutor EVANDA RODRIGUES BATISTA Data de Nasc. 17/10/1990
Endereço R. TRAJESSA MARIA DA GALILEIA Nº 93 Fone 9454-1496
Bairro MONTÉ CASTELO Cidade PARNAMACI UF RN
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / / / Categoria _____
Local de Trabalho DO LAR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5. VEÍCULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6. VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Ato Dicloroforte

PROTOCOLO
RECERIDO
11 MAR 2016
EM REGULAMENTO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Evânia Rodrigues Batista

RG nº 2910423, data de expedição 23/08/2006 Órgão SSP/RN,

CPF nº 103.832.704-05, 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>TRV 4 MAR da galicia</u>
Número	<u>93</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Castelo</u>
Cidade	<u>Romomirim</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.240-000</u>
Telefone de Contato	<u>99454-1496 / 2010-7615</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Romomirim (RN) 02/02/2016

Assinatura do Declarante: Evânia Rodrigues Batista





CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2016068304238

ESCRITÓRIO

ESC DIST DE ROSA DOS VENTOS

CPF/CNPJ:

379.147.904-00

VENCIMENTO
16/06/2016MATRÍCULA
00830423.8CLIENTE
TERESA CRISTINA ANTUNES SOUZAINSCRIÇÃO
503.003.584.0015.000

ENDERECO DO IMÓVEL

TRV 4 MAR DA GALILEIA, N 93 - MONTE CASTELO PARNAMIRIM RN 59140-000

ROTA DE ENTREGA 07.7570

FATURA
06/2016-1

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADOESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

05/2016 -	10	04/2016 -	10
03/2016 -	10	02/2016 -	10
01/2016 -	10	12/2015 -	10
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	10	N	5 10

LEITURA
ANTERIOR ATUALCONSUMO
(M³) DIASCONSUMO/DIA
(M³)

10

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

ANTIGO RESIDENCIAL 1 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
MULTA P/ IMPONTUALIDADE 05/2016

10 M³35,01
0,70

PROTOCOLO
REGISTRADO
11 MAR 2016
JEM REGULADORA

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	35,01	1,65	0,58
COPINS	35,01	7,6	2,66
TOTAL		R\$	35,71

" JA ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN O RELATORIO
ANUAL DA QUALIDADE DA ÁGUA 2016 DE SUA CIDADE"
OS EPIS DEVEM POSSUIR CERTIFICACAO E SEU USO DEVE SER FISCALIZADO PELO EMPREGADOR.

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA
(Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).

GERÊNCIA REGIONAL: LITORAL SUL

Mês/Ano 05/2016

Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	* DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos					

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 16/06/2016

caern
Companhia de Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte

MATRÍCULA
00830423.8INSCRIÇÃO
503.003.584.0015.000ROTA DE ENTREGA
07.7570FATURA
06/2016-1NÃO RECEBER APÓS
30/09/2016

VENCIMENTO

16/06/2016

VALOR R\$

35,71

GRUPO: 87

FIRMA: 1

82630000000-5 35710006503-0 00830423801-0 06201610003-4

VIA CAERN



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Manoel de Souza Dantas

, RG nº 302.4801, data de expedição 10/11/14, Órgão SSPIRN, CPF nº 091.450.824-56 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>trav 4 Mor da galileia</u>
Número	<u>93</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte castelo</u>
Cidade	<u>Parnamirim</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59140-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

PROTOCOLO
RECERINDO
11 MAR 2016
JEM REGULADORA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parnamirim RN 02/02/2016

Assinatura do Declarante: Francisco Manoel de Souza Dantas



CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 201608304238

ESCRITÓRIO

ESC DIST DE ROSA DOS VENTOS

MATRÍCULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

379.147.904-00

VENCIMENTO

16/06/2016

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

ROTA DE ENTREGA 07.7570

503.003.584.0015.000

TRV 4 MAR DA GALILEIA, N 93 - MONTE CASTELO PARNAMIRIM RN 59140-000

FATURA

06/2016-1

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

05/2016 -	10	04/2016 -	10
03/2016 -	10	02/2016 -	10
01/2016 -	10	12/2015 -	10
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	10	N	5 10

LEITURA

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO

(M³)

DIAS

CONSUMO/DIA

10

Descrição dos serviços e tarifas

Consumo por faixa

VALOR R\$

ÁGUA ANTIGO RESIDENCIAL 1 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2016	10 M ³	35,01 0,70
	PROTOCOLO REFRIDO 11 MAR 2016 EM REGULADORA	

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	35,01	1,65	0,58
COFINS	35,01	7,6	2,66
TOTAL		R\$	35,71

" JA ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN O RELATORIO
ANUAL DA QUALIDADE DA ÁGUA 2016 DE SUA CIDADE"
OS EPIS DEVEM POSSUIR CERTIFICACAO E SEU USO DEVE SER FISCALIZADO PELO EMPREGADOR.

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA
(Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).

GERÊNCIA REGIONAL: LITORAL SUL

Mês/Ano 05/2016

Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L
Valores obtidos					

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 16/06/2016

MATRÍCULA
00830423.8INSCRIÇÃO
503.003.584.0015.000ROTA DE ENTREGA
07.7570FATURA
06/2016-1NÃO RECEBER APÓS
30/09/2016

VENCIMENTO

16/06/2016

VALOR R\$

35,71

GRUPO: 87

FIRMA: 1

82630000000-5 35710006503-0 00830423801-0 06201610003-4

VIA CAERN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Monal de Souza Dantas, portador(a) do RG nº 302.480.1, expedido por SSP (RJ), em 10/11/84, CPF/CNPJ nº 093.450.824-56, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Elania Rodrigues Batista do sinistro de DPVAT da natureza Invalido da vítima Elania Rodrigues Batista, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Repositório de loja Renda Mensal: R\$ Reais

Documentos comprobatórios: Reais

Francisco Monal de Souza Dantas
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL RADIOLÓGICO ECC TOMOGRAFIA USG OUTROS

CONSULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA PSQUIÁTRICA CLÍNICA ORTOPÉDICA PEDIATRIA / NEO
 CLÍNICA OBSTÉTRICA CLÍNICA GERAL UTI OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

R_{xs} + transse

R x S S/alterações

CD: Sutura de FCC sob anestesia local após intusse limpeza (antisepse + asepsia): curativo

Alto centro + oral gésica
e orientocés

Dr. *Cardoso M&R*
Medicina
CRM 221 3016

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

() ALTA

() ФВПТО

() EVASÃO

SOLICITADO INTERNAMENTO
NO SERVICO DE:

SVO ITEP DECLARAÇÃO



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Elânia Rodrigues Batista Idade: 25 D/N: 12/15
Pront.: BD 22 Município: Itaúna P/Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 21/12/15 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm Fl: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C
Circulante: Sara + Imani

Cirurgia: Sutura Especialidade: C. Geral Sala: 01
Hora Início: 16:00 Hora Término: 17:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Dendice Aux: _____ Residente: _____
Anestesia: Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: _____

Anestesiologista:		NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Jelco	ECG
	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Acesso V. Central	Oximetria
	Coma	<input checked="" type="checkbox"/>	Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. Diálise	Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/>	Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/>	Fístula	PA
	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/>	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/>	Integra	<input checked="" type="checkbox"/>	SNG	Diprifusor
	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/>	C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/>	SVD	BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/>	Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/>	Colostomia	Desfibrilador
	t/dificuldade		Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	Cistostomia	
	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/>	Dreno:	
	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	Aparelho gessado	
	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/>	Manchas	<input checked="" type="checkbox"/>	Tração	
	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/>	S/Tricotomia	<input checked="" type="checkbox"/>	Talas	

SINAIS VITAIS	Ínicio	Meio	Fim	Unid.
FC	—	76	76	Bpm
Pulso	—	76	76	Bpm
Oximetria	—	94	93	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	—	—	—	mmHg

POSICAO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	TÓRAX	Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotécnica	LÓMBAR	MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg	/	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete	/	Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive	/	Fletidos

ACESSO VENOSO	
	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
	Punção Venosa Central
	Dissecção venosa
Local:	MSE

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

() Sim () Não () Metal () Descartável

Local: **DEGERMACÃO** **TRICOTOMIA**

Sim Não Sim Não

SNG nº		SONDAGEM GÁSTRICA	
Retorno:			
CATETERISMO VESICAL			
SVF nº		SVA nº	
Diurese:			
Profissional responsável:			
EXAMES SOLICITADOS:			
() Hemograma		() Gasometria	
() Coagulograma		() Outros	
() Tipagem Sanguínea		() Glicosimetria:	
() Radioscopia (Raio X)			

Local: MI	Solução de Rins Local.
IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: P. Cirúrgico Quant. Material: 06
Val.: 24/12/15 Contagem de gaze e compressa: (X) Não () Sim



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.

() Plasma _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.

() Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Tilotil 40mg: 16:30
h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: 1000 ml
() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume
administrado: 1000

ANÁTOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça:

Peça para sepultamento: () Não () Sim

Swab para cultura:

Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Realizada limpeza oncostio local, degrenação com clostidina e 3F 0.9% e sutura na rotura lateral da colo (1) 201 D² condiz Realizado curativo

Ass: Sra. Coren: 554.848

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de

colostomia () Outro:

Diurese: () Espontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: Alta hospitalar

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

Horá: _____ Data: _____ Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado

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

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

Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical

Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Específique:

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

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

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

Relate:

Líquidos administrados na URPA:

SINAIS VITais

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão						
30'						
60'						
Alta						

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

08/01/24

Ass:

Coren:

951

Univer
re



PEDIDO DE EXAME

Nome: Euclides Rodrigues Botelho Matrícula: _____

Idade: 25 Ambulatório: UTI: Enfermaria:

Sexo: SAU: CC: Leito:

NATUREZA DO EXAME Rx } Coxa convicida à P e P

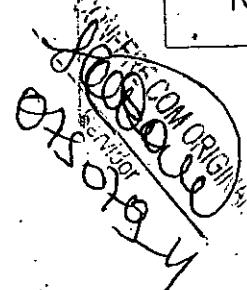
 | Tono x
 | Parox
 | Combara Dir

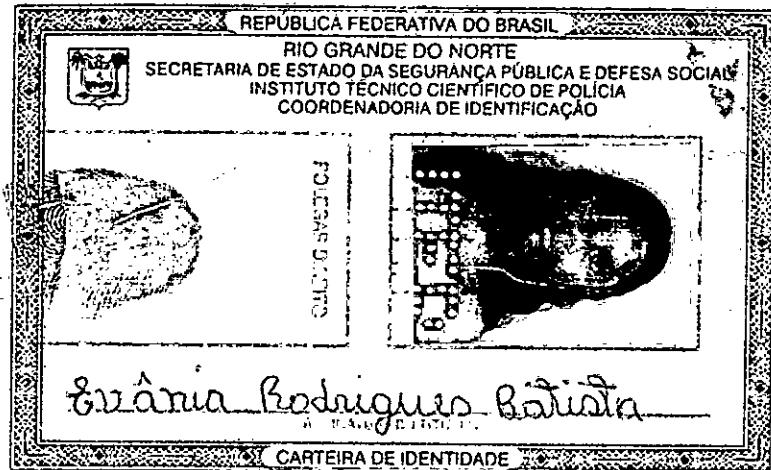
Coxa Dir A P e P

INDICAÇÃO CLÍNICA

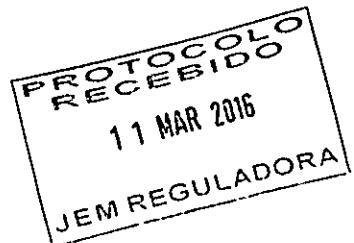
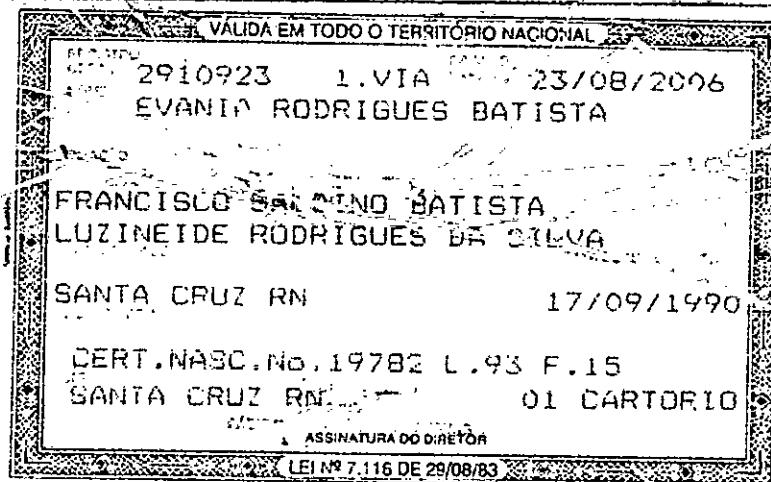
Requisitante: Dr. N. G. G. G. CRM:

Data: 21/12/95

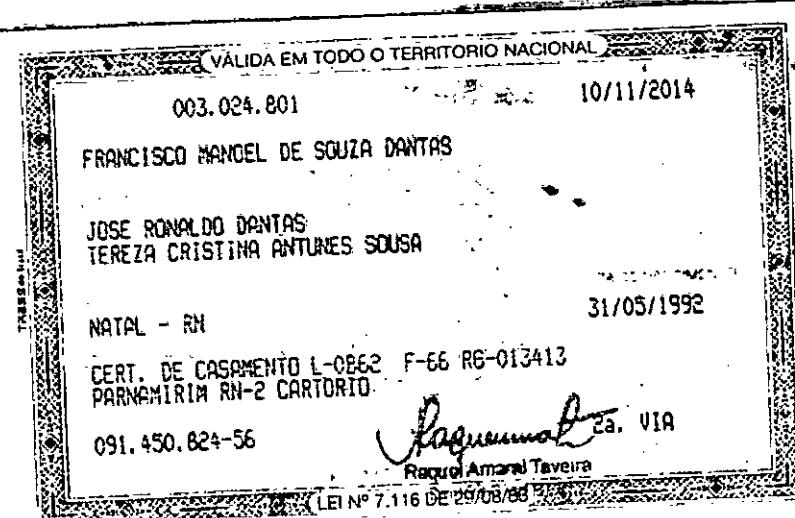
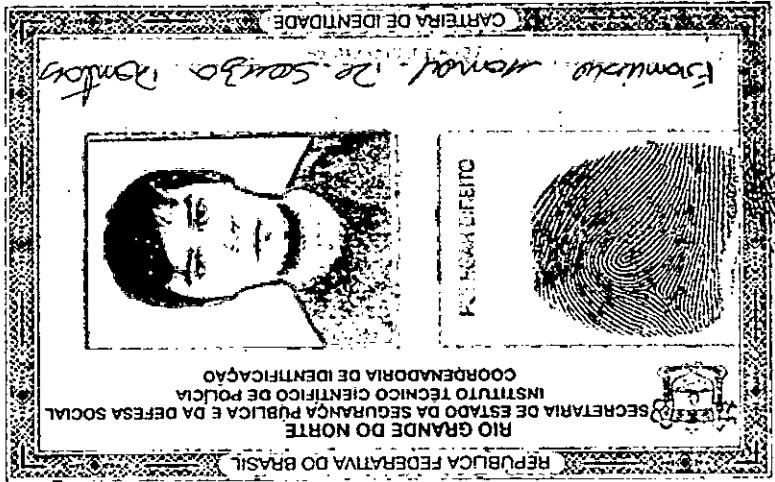




DOCUMENTO 5 *T5%



DOCUMENTO 3 13%



Procurador



COMERCIAL MOTO MAXX LTDA

CNAE / FISCAL: 4541-2/03

Av Piloto Pereira Tim, 709 - P.O. Exposições - Parnamirim/RN

Cep 59146-480 - Cód. Ativ. Principal: 122017-9

Fone/Fax: (84) 3272 2929

E-mail: motomaxx2006@hotmail.com

www.traxx.com.br

MOTO
MAXXNOTA FISCAL FATURA MOD.1
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Nº

002663

 SAÍDA ENTRADA

07.119 822/0002-16

NATUREZA DA VENDA: VENDA VÉHICULO

CFOP: 5403 - NSC ESTADUAL DO SUJEITO TRIBUTÁRIO

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.201.526-2

1ª VIA
DESTINATÁRIO / REMETENTE
DATA LIMITE ENVISSA
DATA DA ENVISSA
DATA DE SAÍDA
HORA DA SAÍDA
16/08/21
23/06/21
23/06/21
13:57

THIENE SILVA MELO ALVES

RUA NAZARENO MATIAS, 38

PARNAMIRIM

Cod.: 001592 CNPJ/CPF: 393.257.844-91

BAIRRO / DISTRITO: ROSA DOS VENTOS CEP: 59150000

(084) 3445-1744 FN: ISCRITTO

TÉCODOGRAMENTO PARCELAS 01 02 03 04 05 06

DURADURA VENCIMENTO

DURADURA VALOR

VALOR DO PRODUTO

VALOR DO PRODUTO

DESCRICAÇÃO DOS PRODUTOS

C.F. S/ TIRÉ

UNID

QUANTIDADE

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

Marca / Modelo.....: TRAXX/JL50Q-2 STAR
N. do Motor.....: 08T002074JL1P39FMB
Combustível.....: Gasolina
N. do Chassi.....: 951BXKBB18B001886Tipo.....: VEICULO 0 Km
Lotacao.....: 2
Renavan.....: 019421
Cor.....: FRETA
Ano de Fab / Mod.....: 2008/2008
Tipo Transp.....: PASSAGEIROS
NF. Origem.....: 000149 - 31/05/2008
Cilindro.....: 1
Cilindradas.....: 50
HP.....: 49.5
Placa.....:
Grupo / Cota / RD:.....

010 UN 1 3.550,00 3.550,00

DOCUMENTO 6 *T6%



USO DE RERATORIO DO CAPACETE.

PRESTACAO DE SERVICOS

DESCRIÇÃO DOS SERVICOS

QUANT.

VALOR UN.

VALOR TOTAL

INSCRIÇÃO NO C.

005.674-0

VALOR DO SERVICO

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO	ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	0,00	3.550,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.550,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

PESO PAGO SOCIAL

Destinatario

FRETE POR CONTA

1- EMISSOR

2- DESTINATARIO

3- MUNICIPIO

PLACA DO VEICULO

PROTÓCOLO RECEBIMENTO 20 JUN 2015

00277

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160198042 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVANIA RODRIGUES BATISTA **Data do acidente:** 21/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MI DIREITO E OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160198042 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVANIA RODRIGUES BATISTA **Data do acidente:** 21/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO DO OMBRO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO POSTERIOR DO OMBRO. CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO ANTERIOR. FERIMENTO CORTO CONTUSO NA COXA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO E COXA DIREITA COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. REFERE DOR NO OMBRO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DO BRAÇO DIREITO. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA DIREITA E MARCHA CLAUDICANTE. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE DAS LESÕES SOFRIDAS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/07/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Lucia Antunes Chagas



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Evanira Rodrigues Batista, brasileiro(a),
 estado civil: sóteira Profissão: as lojas, portador(a) do RG
29.10.923, órgão expedidor IEPARN do CPF: 303.832.704-05, residente
 no(a) TRAV 4 MAR DA galileia - nº 93
 bairro: Monte Castelo, município: Parnamirim / RN.

OUTORGADO:

Nome: Francisco Manoel de Souza Dantas, brasileiro(a),
 estado civil: sócio Profissão: Repositor de Loja, portador(a) do RG
003.024.803, órgão expedidor IEPARN do CPF: 091.450.824-56, residente
 no(a) TRAV 4 MAR DA galileia nº 93
 bairro: Monte Castelo, município: Parnamirim / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Parnamirim/RN 02/03/2016

Local e Data

Evanira Rodrigues Batista



Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

TABELIÃO: AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA
Av. Brigadeiro Souza, 10, Boa Esperança - CEP: 59040-000 - Parnamirim-RN - Tel.: (84) 2070-3200 / 3272-2295



RODRIGUES BATISTA

Parnamirim/RN, 02/03/2016

Em testemunho _____ da verdade. Emol. R\$ 2,34

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

*Válido somente com selo de autenticidade.



**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

Nome do(a) Examinado(a): **EVANIA RODRIGUES BATISTA** Sinistro: **3160198042** Data: **21/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRV 4 MAR DA GALILEIA, 93 - MONTE CASTELO - Parnamirim - RN - CEP 59149-206**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **2.910.923**

Data local do exame: [**05/07/2016**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **CONTUSÃO DO OMBRO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO POSTERIOR DO OMBRO. CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO ABRASIVA NA REGIÃO ANTERIOR. FERIMENTO CORTO CONTUSO NA COXA DIREITA. VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO E COXA DIREITA COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. REFERE DOR NO OMBRO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DO BRAÇO DIREITO. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA DIREITA E MARCHA CLAUDICANTE. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATADO CONSERVADORAMENTE DAS LESÕES SOFRIDAS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Joelho direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Rosa Maria Vaz dos Santos