

---

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO BATISTA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180435707**

Vitima: **JOAO BATISTA DE SOUSA**

Data do Acidente: **22/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180435707**.

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, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO BATISTA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180435707**

Vitima: **JOAO BATISTA DE SOUSA**

Data do Acidente: **22/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180435707**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/04/2018**. 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**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180435707      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BATISTA DE SOUSA      **Data do acidente:** 22/04/2018      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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              |

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 5221204 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 e 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

073.509.904-99

Nome completo da vítima

João Batista de Souza

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

|                                        |                                        |                      |
|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|
| Nome completo<br>João Batista de Souza | CPF titular da conta<br>073.509.904-99 | Profissão<br>Receuso |
| Endereço<br>Av. dos Júrios             | Número<br>38                           | Complemento<br>6020  |
| Bairro<br>Santa Dulmira                | Estado<br>RN                           | CEP<br>59600-001     |
| Email                                  | Telefone (DDD)<br>1841 9953 8106       |                      |

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

|                              |     |             |     |
|------------------------------|-----|-------------|-----|
| AGÊNCIA<br>Nº                | D/N | CONTA<br>Nº | D/V |
| 3064                         |     | 048.950     | 5   |
| (Informar dígito se existir) |     |             |     |

**■ CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| BANCO<br>Nome                | Nº  |
|                              |     |
| AGÊNCIA<br>Nº                | D/N |
| CONTA<br>Nº                  | D/V |
| (Informar dígito se existir) |     |

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

10/09/2018  
 Local e Data

João Batista de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN

DATA: 28/08/2018

HORA: 09:33:21

TERMINAL: 30641019

CONTROLE: 306410190201

COMPROVANTE DE  
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 1013 / UFERSA

CONTA : 013.00010888-5

NOME : ALCILENE LEAL DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 3064 / TERRA DO SAL

CONTA : 013.00048950-5

NOME : JOAO BATISTA DE SOUSA

DATA DE EFETIVAÇÃO : 28/08/2018



DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30  
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Policia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA S/N ALTO DE SÃO MANOEL. MOSSORÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018070000657  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO  
1.2 Data de Expedição: 16/05/2018 10:18:37  
1.4 Ligou CIOESP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 22/04/2018 08:00:00  
2.3 Fato: Consumo  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.8 Número: SN  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: DOM JAIME CÂMARA  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.7 Logradouro: RUA ROSA PRATA  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: MOSSORÓ

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: JOAO BATISTA DE SOUSA  
3.3 Nome Social:  
3.5 Cínia: Parda  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 07350990469  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)  
3.15 Telefone(s):  
3.17 Número: 36  
3.19 Bairro: DOM JAIME CAMARA  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: MOSSORÓ  
3.2 Estado civil: União Estável  
3.4 Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO  
3.6 Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA  
3.8 Orientação Sexual:  
3.10 Identidade de Gênero:  
3.12 Data de Nascimento: 33/07/1986  
3.14 RG: 1900874 - ITEP/RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: MOSSORÓ RN  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: RUA ROSA PRATA  
3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)**

**6. DADOS PESSOAIS DA(6) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi:  
7.1.5 Placa: UGC4512  
7.1.7 Marca: I  
7.1.9 Ano do Modelo: 2014  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: JOAO BATISTA DE SOUSA  
7.1.17 Nome do condutor: JOAO BATISTA DE SOUSA  
7.1.18 Observações:  
7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Reclamant:  
7.1.6 Estado:  
7.1.8 Modelo: SHINERAY XYS500 PHOENIX  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2013  
7.1.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vinculo com a Ocorrência.

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO POLICIAL E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO NO LOCAL DESCrito QUANDO AO PASSAR UM UMA FÔCA DE LAMA DERRAPOU E CAIU SOFRENDO LESÕES. O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO PARA O HRTM EM MOSSORÓ. O COMUNICANTE RELATA QUE UM AMIGO, DIEGO, VINHA NA GARUPA MAS NÃO SOFREU NENHUMA LESÃO SEGUNDO O PRÓPRIO DIEGO DISSE AO COMUNICANTE NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informações da CIOESP**

**9.3 Outras Provvidências**

REGISTRO DA OCORRÊNCIA

**10. COMPLEMENTOS (ISENE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 16/05/2018 10:18:37

Rogerio de Carvalho Brito  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 157.380-2

João Batista de Sousa  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 15/3802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO

Impresso por: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO em 16/05/2018 10:18:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ARUANA SECURIS  
19 SET 2018

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

Jessé Batista de Souza

CPF da Vítima

073.509.904-99

Data do Acidente

22.04.2018

#### 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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Ilheus , 20 de Agosto de 2018

Local e Data

20/08 Batista J. Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS  
19 SET 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PROPOSTA

LUXOOR DO OMRS

as PCC

Diego Alves  
CRM-PE 1106  
CRM-PE 2556  
TEOT 1546

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MIMA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 15/05/2017  
SAME/ARQUIVO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA NÉRMOS, 150, BALDÓ,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.198/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-8



www.cosern.com.br

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

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvifone 0800 284 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Grátis de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

ALZEMI MARIA DA COSTA MARTINS  
CPF: 413.729.204-15

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOS LIRIOS 38

SANTA DIENIARA/ÁREA URBANA  
59600-001 MOSSORÓ RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2018), 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

16/05/2018

## TOTAL A PAGAR (R\$)

47,35

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
09/05/2018DATA DA APRESENTAÇÃO  
09/05/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL  
006154317

Série: II

CONTA CONTRATO  
007006170794Nº DO CLIENTE  
3006742868Nº DA INSTALAÇÃO  
000681662

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

CF56.5F53.32CB.97D2.89BB.0FF1.A5F4.F837

## DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

| DESCRÍPCAO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)  |
|-------------------------------------------|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                  | 30,00      | 0,28541944 | 8,56         |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh   | 70,00      | 0,35214761 | 24,65        |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  | 11,00      | 0,52827142 | 5,84         |
| Atraso/Bônus Banda AMARELA                |            |            | 0,25         |
| Contribuição Iluminação Pública           |            |            | 3,32         |
| ICMS/Parcada Subvenção/eletricada         |            |            | 5,50         |
| Multa por atraso-NF 003276268 - 10/03/18  |            |            | 0,78         |
| Juros por atraso-NF 003276268 - 10/03/18  |            |            | 0,54         |
| Atualização IGP-M-NF 003276268 - 10/03/18 |            |            | 0,34         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                    |            |            | <b>47,35</b> |

Comunicar-se e não pagamento das(s) conta(s) da energia devedora(s):

| Vencida | Est. Resav. | Valor |
|---------|-------------|-------|
| 11/maio | equ6513     | 44,23 |

Em caso de não pagamento da dívida, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, assim como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERRASA, com conseqüência nacional. Esta cobrança não substitui o ato de desligamento judicial que poderia ser aplicado após o fim do prazo.

## TARIFAS APLICADAS

| HISTÓRICO DO CONSUMO                     |                  |
|------------------------------------------|------------------|
| Consumo Ativo até 20 kWh                 | 0,25455217       |
| Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh  | 0,24449372       |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,30898658       |
| <b>COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</b>             |                  |
| R\$ %                                    | %                |
| Geração de Energia                       | 13,19 35,73      |
| Transf.Rodoviá.                          | 1,88 5,10        |
| Distribuição (Consumo)                   | 5,81 24,17       |
| Encargos Salariais                       | 1,35 3,69        |
| Impostos                                 | 8,14 24,76       |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>36,67 100</b> |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            | PIS   | COFINS           |                 |      |                  |                 |      |                  |
|-----------------|-------|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 36,67           | 15,00 | 5,49             | 36,67           | 1,22 | 0,44             | 36,67           | 5,54 | 2,07             |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| PERÍODO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   | ATUAL  | Nº M/S     | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh         |
|--------------------|----------------|------------|--------|------------|-----------|--------|---------------------|
| 000600002100671942 | CAT            | 10/04/2018 | 761,00 | 09/05/2018 | 872,00    | 29     | 1.30000 0,00 111,00 |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/06/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| Descrição                                                                                  | CONJUNTO  | VALOR APURADO | META MENSAL        | META TRIM. | META ANUAL |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|--------------------|------------|------------|--|--|--|
| Janeiro/2018                                                                               |           |               |                    |            |            |  |  |  |
| DCRN-000 horas sem Energia                                                                 | MOSSORÓ I | 0,00          | 4,95               | 8,91       | 59,62      |  |  |  |
| DCRN-000 vezas sem Energia                                                                 |           | 0,00          | 5,23               | 6,47       | 12,95      |  |  |  |
| DCRN-Duríssima máx. de Interrupção contínua                                                |           | 0,00          | 2,77               | 4,00       | 6,09       |  |  |  |
| DCRN-Duríssimo de Interrupção-ato da crise                                                 |           |               | Limite BCIR: 12,22 |            |            |  |  |  |
| Fevereiro/2018                                                                             |           |               |                    |            |            |  |  |  |
| Total Gastos (não pôde apurar) e menor que das indicações DCR, HC, ENER e DCRN e menor que |           |               |                    |            |            |  |  |  |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 14,88% para Baixa Tensão e 17,47% para Alta Tensão-REH 2.36518-0. O pagamento dessa Nota Fiscal/Fatura deve ser feito sempre em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de fornecimento. Pago, em atraso, gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% (mês/ano) (Resolução ANEEL) e atualização monetária no próximo mês. Deverá ser paga a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,05. O Cliente é compensado quando há descomprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 cíclos 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) |
|-------------------|-----------------------|
| MINIMO            | MÁXIMO                |
| 220               | 202                   |
| 231               |                       |

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|
| 007006170794   | 05/2018 | 47,35              | 16/05/2018 |

|                                                         |                                                                                |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA | Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será lido em leitora ótica. |
| 6380000000009 473500384070 006170794201 00971370530     | 19 SET 2018                                                                    |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA                                   |                                                                                |



PROPECO

LUXUR DO OUTROS

AS P/CC

Diego Ariete de Lima  
CRM-RN 2106  
CRM-PE 23356  
TEOT 1546

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 15/05/2018  
BLA  
SAMEAROUVO

ARUANA SEGURANÇA  
19 SET 2018



## CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 9299 - JOAO BATISTA DE SOUSA (51 a 10 m 23 d)

Nascimento: 03/07/1966

Natural: MOSSORÓ-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708400210478985

CPF: 07350990499

Prof. AUTONOMO

Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA

Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO

Logradouro: ROSA PRATA, 38

CEP: 59628644

Bairro: DOM JAIME CAMARA

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.98532229 84.98532229

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

| OBS: |      |     |       |      |      | Classificação: 26/05/2018 15:25:26 |       |         |     | PESO: |
|------|------|-----|-------|------|------|------------------------------------|-------|---------|-----|-------|
| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C.                               | TEMP. | Glasgow | RTS |       |
|      |      |     |       |      |      |                                    |       |         |     |       |
|      |      |     |       |      |      |                                    |       |         |     |       |
|      |      |     |       |      |      |                                    |       |         |     |       |

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO. DOR EM BRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO

Hora: 15:45

Paciente vítima de acidente automobilístico (após queda de moto), sofre dor em ombro (D).  
 A: Sem cefaléia, visus normais, percepção  
 B: Espasmos, R.A.H, S.R.A.  
 C: Sem sinais de sangramento ativo, sistema linfático normal.  
 D: Glasgow 15  
 E: Sem sinal de edemações



HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
 SAMU MOSSORÓ 06/05/2018

Diagn. Inicial:

| PRESCRIÇÃO:                      | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|----------------------------------|-----|---------|---------|
| ① Tol.cito Rx ombro ap (Perigil) |     |         |         |
| ② Aviação da ortopédica          |     |         |         |
| Mot. col flex                    |     |         |         |
| 250g cada d e tab                |     |         |         |
| Artr h cintos                    |     |         |         |
|                                  |     |         |         |
|                                  |     |         |         |
|                                  |     |         |         |
|                                  |     |         |         |

\*Saída: - ( ) Decisão médica; ( ) Enc.outro Serviço; ( ) Evasão; ( ) Interna: CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/18. Hr: \_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

ANESTESIOLOGIA: 21h30 - 26/06/18 - Submetido a fbcv.  
10g + Gentamycin (Proffol 200g) p/ redução de luxação  
de ombro. D. Ato em 2º deente. Suaia no tecido  
de enxerto de enxerto de dentes.

*Yane*  
CAT 2725  
PEN

HOSPITAL REGIONAL  
ESTÁ CONFORME  
SAME MOSSORÓ  
21.06.2018  
BIM  
SANEARQVJO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DÉBITO CIRÚRGICO

Name do paciente: José Batista de Souza N° do Pront.: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Radicale recto n.º 1º Data: 16.05.14  
Cirurgião: Dr. George Auxiliar: Dr. Diego Instrumentadora: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Rano Anestesia: Geral  
Início da Cirurgia: 01:30 Término: 11:30

| MATERIAL USADO                     | QUANTIDADE                                         |
|------------------------------------|----------------------------------------------------|
| * COMPRESSAS                       |                                                    |
| * GASES                            |                                                    |
| * ESPARADRAPO                      |                                                    |
| * COMPRESSAS                       |                                                    |
| * LÂMINA DE BISTURI N°             |                                                    |
| * LUVAS                            | <u>B-S e E-O</u> <u>04 pares</u> <u>descartada</u> |
| * EQUIPO PARA SORO                 |                                                    |
| * S CALPS N°                       |                                                    |
| * JELCOS                           |                                                    |
| * CATETER PARA SUBCLAVIA           |                                                    |
| * SERINGAS DE 01 ML                |                                                    |
| * SERINGAS DE 03 ML                |                                                    |
| * SERINGAS DE 05 ML                |                                                    |
| * SERINGAS DE 10 ML                | <u>01 unid</u>                                     |
| * SERINGAS DE 20 ML                | <u>01 unid</u>                                     |
| * AGULHAS DESCARTÁVEIS             |                                                    |
| * SONDA ENDOTRAQUEAL N°            |                                                    |
| * TRAQUEOSTOMO                     |                                                    |
| * SONDA URETRAL N°                 |                                                    |
| * SONDA FOLEY N°                   |                                                    |
| * SONDA NASOGÁSTRICA N°            |                                                    |
| * CATETER PARA 02                  |                                                    |
| * SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°          |                                                    |
| * COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO |                                                    |
| * BOLSA DE COLESTOMIA              |                                                    |
| * DRENO DE PENROSE N°              |                                                    |
| * DRENO DE TORAX N°                |                                                    |
| * ATADURA GESELLA                  |                                                    |
| * FAIXA DE CREPOM                  | <u>01 unida</u>                                    |
| * ALGODÃO ORTOPÉDICO               |                                                    |
| * CATGUT CROMADO                   |                                                    |
| * CATGUT SIMPLES                   |                                                    |
| * FIO DE ALGODÃO                   |                                                    |
| * MONONYLON                        |                                                    |
| * OUTROS FIOS                      |                                                    |
| * USO DO BISTURI ELÉTRICO          |                                                    |
| * USO DE OXIGÊNIO                  |                                                    |
| * SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA        |                                                    |
| * SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE       |                                                    |
| * SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO           |                                                    |
| * SOLUÇÃO DE ETER                  |                                                    |
| * SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA        |                                                    |
| * SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%         |                                                    |
| * SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%          |                                                    |
| * SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO     |                                                    |
| * SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO     |                                                    |
| * SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES        |                                                    |
| * MANITOL                          |                                                    |
| * XILOCAÍNA A 2%                   |                                                    |
| * ABD                              |                                                    |
| <u>limões de paciencia</u>         | <u>06 pares</u>                                    |

*Hospital Regional Tarcísio Maia*  
*ESTÁ CONFORME O ORIGINAL*  
*SAME MOSSORÓ 01/06/2018*  
*BIA*

*Hospital Regional Tarcísio Maia*  
*ESTÁ CONFORME O ORIGINAL*  
*SAME ARARIPE 01/06/2018*  
*BIA*



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

TODOS BEM-VINDOS

R

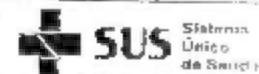
OT.PS/A VENESSU

DEPARTAMENTO  
DE POLÍTICAS  
SOCIAIS

ARUANA SEGURANÇA  
19 SET 2018



Estado do Rio Grande do Norte  
Prefeitura Municipal de Mossoró  
Secretaria Municipal da Saúde



## FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade:

### DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

UPA TARCISIO DE VASCONCELOS/MAIA

|                                             |                                |                     |                      |
|---------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|
| Nome:                                       |                                | Idade:              | 477239               |
| Cartão SUS:                                 | Nome da Mãe:                   | 03/07/1966 (51a 9m) | Masculino            |
| <b>JOAO BATISTA DE SOUSA</b>                |                                |                     |                      |
| Endereço (Rua/Av):<br><b>NAO TEM</b>        | ERANCISCA GOMES DE LIMA        | Nº: <b>AUTONOMO</b> | Complemento:         |
| Bairro:<br><b>RUA MARIA DANTAS DA SILVA</b> | Cidade:                        | Estado:             | Telefone: <b>144</b> |
| Clinica:<br><b>HOM JESUS</b>                | ( ) MOSSORÓ/RN                 | Data:               | NAO TEM Hora         |
| Motivo da Procura:<br><b>CLINICA MEDICA</b> | CPF DO PACIENTE: (07350990499) | Rubrica Servidor:   | 22/04/2018 11:01     |

Assinatura do Paciente

**MEDICAMENTO**

**ALEX ALVES**

|                     |                                     |                                   |                                       |                                               |                                               |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>ACOLHIMENTO:</b> | <input type="checkbox"/> Emergência | <input type="checkbox"/> Urgência | <input type="checkbox"/> Não Urgência | <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho | <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|

Acolhimento com classificação de risco.

Queixa:

**M2 fractur**

Antecedentes Alérgicos:

HAS ( ) DM ( )

Assinatura:

Classificação:

**ANAMNESE:**

**INFO RINORREIA DURA DA DE MODO  
E REGREDINDO DURANTE NO ONDEIJA D.  
NO EXAME: ZEST, CONSCIENTE E ORIENTADA**

**EXAME FÍSICO:**

Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ P.R: \_\_\_\_\_ Glucosio: \_\_\_\_\_  
SpO2: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

**ARUANA SEGURO**  
19 SET 2018

### EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

Laboratório

Radiológico:

ECG     Outros

Hipótese do Diagnóstico:

Conduta:  Medicação     Observação     Encaminho para AIH

Saída: Data/Hora \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h.     Alta referido para UFG     Óbito

Outra Unid. Urgência     Especialização

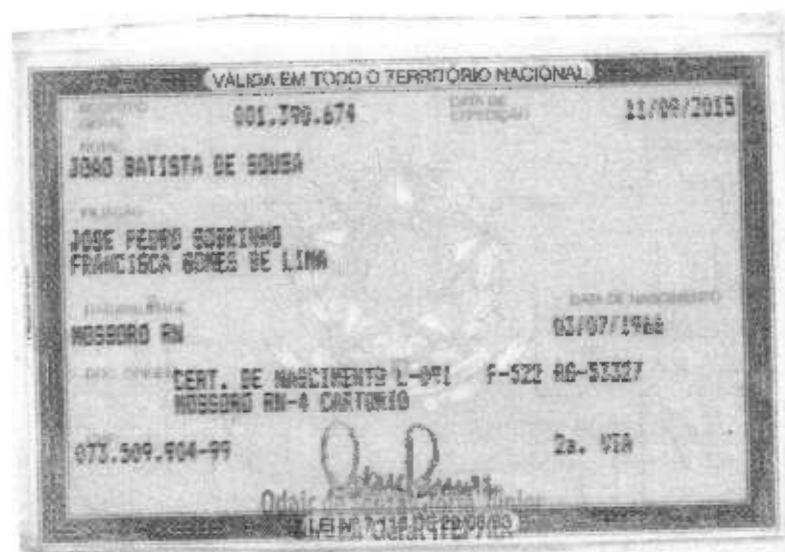
Internação no Hospital:

CID:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

— Diphtheria - Oftalm + ARD, IV  
— Diphtheria - Oftalm + ARD, IV  
⇒ Diphtheria + proezas  
- Atalhos da ortopedia  
NO HRTM

Dr. Miltar Gassama  
Médico  
CRM-RN 5862



ARUANA/SEGUR.

19 SET 2018

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

**DETRAN - RN**

**Nº 013709194724**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

|     |              |            |           |
|-----|--------------|------------|-----------|
| VIA | CÓD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
| 1   | 01078909013  |            | 2018      |

NOME

JOAO BATISTA DE SOUSA

CPF / CNPJ

073.509.904-99

PLACA

GSC4512

PLACA ANT./UF

GSC4512 /RN

CHASSI

LNYXCB102E0537889

ESPECIE TIPO

PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB.

2013

ANO V.I.D.

2014

CAP / POT / CIL

0CV/49 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

R\$ 0,00

06/03/2018

1<sup>a</sup>

ISENTO

P

FAIXA : PVA

PARCELAMENTO / COTAS

2<sup>a</sup>

ISENTO

V

030726 3X

R\$ \*\*\*\*\*

3<sup>a</sup>

ISENTO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

KOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: LP39FNAEA104329

MOSSORÓ/RN



DATA

06/02/2018

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

**RN Nº 013709194724 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2018

06/02/2018

VIA

1

CPF / CNPJ

073.509.904-99

PLACA

GSC4512

RENAVAM

01078909013

MARCA / MODELO

I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB.

2013

CAT. INF.

9

Nº CHASSI

LNYXCB102E0537889

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

PNS (R\$)

DETAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

KOF (R\$)

100% DO PRECO DA POLÍTICA (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELAGO

DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CPBP 00.248.500/2001-04

APIANA SEGURÓ  
19 SET 2018

## PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343047/18

Vítima: JOAO BATISTA DE SOUSA

CPF: 073.509.904-99

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/04/2018

CPF da: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

JOAO BATISTA DE SOUSA : 073.509.904-99

- 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 de 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: 19/09/2018  
Nome: JOAO BATISTA DE SOUSA  
CPF: 073.509.904-99

JOAO BATISTA DE SOUSA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho  
CPF: 011.942.284-02

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho



## DECLARAÇÃO

EU João Batista de Souza

portador (a) da cédula de RG de N° 001.390.674 e  
CPF 073.509.964-99 Declaro para Os devidos fins  
que estive no Banco Banco Econômico Federal  
para regularizar minha conta Poupança de agência  
3064, número 048950-5 para pode receber o  
beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.



Ilheus 20 de Agosto de 2013

João Batista de Souza

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCÁRIA



Correios  
R\$ 05,50  
11.09.18 - 08:53

CARTA  
ADF JEREMIAS DA ROCHA/RN

BRASIL  
L60130  
L60130

DESTINATARIO: ARUANA SEGUROS S/A  
ENDERECO: RUA ROMUALDO GALVÃO Nº 2109  
SALA 104 1º ANDAR  
BAIRRO: LAGOA NOVA  
NATAL/RN CEP: 59056-100





REMETENTE: JOÃO BATISTA DE SOUSA  
ENDEREÇO: RUA DOS LÍRIOS N° 38  
BAIRRO: SANTA DELMIRA  
CIDADE: MOSSORÓ CEP: 5900-001

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180435707      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BATISTA DE SOUSA      **Data do acidente:** 22/04/2018      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

### Conduta mantida:

### Quantificação das sequelas:

### Documentos complementares:

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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              |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343047/18

**Vítima:** JOAO BATISTA DE SOUSA

**CPF:** 073.509.904-99

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/04/2018

**Titular do CPF:** JOAO BATISTA DE SOUSA

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**JOAO BATISTA DE SOUSA : 073.509.904-99**

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: 19/09/2018  
Nome: JOAO BATISTA DE SOUSA  
CPF: 073.509.904-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho  
CPF: 011.942.284-02

JOAO BATISTA DE SOUSA

Aline Luiza Silva de Moraes Carvalho