

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

Carta nº 13384821



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180435707

Vítima: 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

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

Nome completo da vítima

073.509.904-99

João Batista de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Batista de Sousa		CPF titular da conta 073.509.904-99	Profissão Russo
Endereço Rua dos Lírios		Número 38	Complemento Casa
Bairro Santa Delfina	Cidade Mossoró	Estado RN	CEP 59600-001
Email		Telefone (DDD) 1841 99538106	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA NRO. 3064	D/V	CONTA NRO. 048950	D/V 5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO.	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.

Mossoró, 10 de Agosto de 2018
Local e Data

João Batista de Sousa

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 PREVISAO
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



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia 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: J2018070000667
1.2 Data de Expedição: 16/05/2018 10:18:37
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

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

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOAO BATISTA DE SOUSA
3.2 Estado civil: União Estável
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO
3.5 Clna: Pardo
3.6 Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 07350990499
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 33/07/1986
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)
3.14 RG: 1390674 - ITP/RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 36
3.18 Naturalidade: MOSSORÓ RN
3.19 Bairro: DOM JAIME CÂMARA
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA ROSA PRATA
3.23 Cidade: MOSSORÓ
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(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi:
7.1.4 Retenar:
7.1.5 Placa: UGU4512
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: I
7.1.8 Modelo: SHINERAY XYSD0 PHOENIX
7.1.9 Ano do Modelo: 2014
7.1.10 Ano de Fabricação: 2010
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: JOAO BATISTA DE SOUSA
7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: JOAO BATISTA DE SOUSA
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 Histórico

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

8.2 Informações da CIOSP

8.3 Outras Providências

REGISTRO DA OCORRÊNCIA

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO 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

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

João Batista de Sousa
Interessado

Polígono direito

Atendimento: 15/3802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO
Impresso por: 1573852 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO em 16/05/2018 10:16:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ARUANA SEGUROS
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 interdita 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

João Batista de Sousa

CPF da Vítima

083.509.904-99

Data do Acidente

22.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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.

Mossoró, 20 de Agosto de 2018

Local e Data

João Batista de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CIRURGIA GERAL - VERDE

Uto de laboratório

Paciente: 9299 - JOAO BATISTA DE SOUSA (51 a 9 m 19 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 03/07/1966

Natural: MOSSORO, BRASIL

CNS:

CPF: 07350990499

Prof:

Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA

Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO

Logradouro: ROSA PRATA, 38

Cidade: MOSSORO

CEP: 59628644

Bairro: DOM JAIME CAMARA

Compl:

Telefone: 84.98532229 84 98532229

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:					Classificação: 22/04/2018 12:58:19 PESO:				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: SEGUNDO O PACIENTE: VITIMA DE QUEDA DE MOTO. DOR EM OMBRO DIREITO.

Hora: _____

Membro de M.S.D.
por queda de moto
após andar pela rua
sem sofrer
lesões
membro
Tórax sem
ferimento

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

Onde
O RTO
M.M. de

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 15/05/2018
SAME/ARQUIVO

APOLIANA S. S. S. ROL
19 SET 2018

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão
Data: ____/____/18. Hr: ____:____ Ass. Médico: _____

PROPOSTA →
LUXUS DO OWNER

as P/CC

Diego Azeiteiro Lima
CRM-RN 7406
CRM-PE 25354
TEOT 15467

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MOTA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 15/05/2019
BIA
SAME/ARQUIVO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA NERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20053199-9



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALZENI MARIA DA COSTA MARTINS
CPF: 413.729.804-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOS LIRIOS 38

SANTA DELMIRA/AREA URBANA
59608-001 MOSSORO 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

DATA DE VENCIMENTO

16/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
47,35

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/05/2018

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

Gm: U

CONTA CONTRATO

007006170794

Nº DO CLIENTE
3008742868Nº DA INSTALAÇÃO
0006361662

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

CF56.5F53.32CB.97D2.69BB.0FF1.A5F4.F637

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	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	0,52622142	5,81
Atrásimo Bandeira AMARELA			0,25
Contribuição Iluminação Pública			3,32
ICMS-Parcela Subvençãoada			5,50
Multa por atraso-NF 003276268 - 10/03/18			0,78
Juros por atraso-NF 003276268 - 10/03/18			0,54
Atualização IGPM-NF 003276268 - 10/03/18			0,34
TOTAL DA FATURA			47,35

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIB			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
36,87	18,00	6,63	36,87	1,22	0,44	36,87	5,64	2,07

Comunicamos a não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Vencido	Qt. Resv	Valor
1704/18	00/05/18	44,23

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, sem
comp. poder p.ter sua inclusão nos registros de rescisão de crédito do SPC e SERASA,
com repercussão nacional. Esta contribuição nas substituições de débitos, atrelada a juros,
como não abrange débitos em discussão judicial que poderiam ser cobrados após o fim do
processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,28541944
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,35214761
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,52622142

HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	Consumo kWh
MAI 16	111
ABR 16	115
MAR 16	116
FEB 16	100
JAN 16	115
DEZ 15	108
NOV 15	108
OCT 15	113
SET 15	117
AGO 15	104
JUL 15	113
JUN 15	119
MAI 15	120

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	12,49	35,77
Transmissão	1,88	5,10
Distribuição (Custo)	5,81	24,17
Encargos Setoriais	1,35	3,69
Impostos	8,14	24,75
TOTAL	36,87	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO INDICADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000118071949	CAT	10/04/2018	761,80	09/05/2018	872,08	25	1,30000	0,96	11,93

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/06/2018]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Descrição	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
maio/2018					
UICNo. de horas sem energia	MOSSORO	0,90	4,95	8,94	12,82
FD-No. de vezes sem energia		0,90	5,25	5,47	12,85
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,90	2,77	0,00	0,00
DMCR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCR: 12,22
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,30					
Toda Gerenciadora pode aplicar a suspensão dos indicadores DMC, FIC, DMC e DCR e qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 14,88% para Baixa Tensão e 17,47% para Alta Tensão-REH 2,30618.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
No dia da leitura e bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,08.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

TALÃO DE PAGAMENTO

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

838000000009 473500384070 006170794201 009713709530



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

19 SET 2018



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 9299 - JOAO BATISTA DE SOUSA (51 a 9 m 19 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 03/07/1966

Natural: MOSSORO, BRASIL

CPF: 07350990499

Prof:

Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA

Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO

Logradouro: ROSA PRATA, 38

CEP: 59628644

Bairro: DOM JAIME CAMARA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.98532229 84 98532229

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REGULADO
*Empresa:

OBS:					Classificação: 22/04/2018 12:58:19			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: SEGUNDO O PACIENTE: VITIMA DE QUEDA DE MOTO. DOR EM OMBRO DIREITO.
Hora: _____

*Tratado em MS
por Smele de praxia
algum outro fonez arde
Tran -
De Smele
15/05/2018
Tratado em praxia*

Diagn. Inicial:

Tratado em MS

PRESCRIÇÃO:

*1) Colar de gesso
2) Ombro fixo
3) 15 dias de repouso*

VIA HORARIO ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 15/05/2018
SAME/ARQUIVO

ARJANA SEGURO
19 SET 2018

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc.outro Serviço; () Evasão
Data: ____/____/18. Hr: ____:____ Ass. Médico: _____

PROPOSTA-

LUXSOM DO OMBROS

AS P/ CC

Diego Ariel de Lima
CRM-ON 7106
CRM-PE 25056
TEOT 15467

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MARI
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 15/05/2018
Bla
SAME/ARQUIVO

APUANA SEGUROS
19 SET 2018



CIRURGIA GERAL - VERDE

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

Nascimento: 03/07/1966

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M

Cor: PARDA

CNS: 708400210478965

CPF: 07350990499

Prof: AUTONOMO

Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA

Pai: JOSE PEDRO SOBRINHO

Logradouro: ROSA PRATA, 38

CEP: 59628644

Bairro: DOM JAIME CAMARA

Cidade: MOSSORO

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 (queda de moto), refere dor em ombro (D).

A: Sem cervicalgia, vias aerias permeáveis

B: Eupneico, EAH, SRA.

C: Sem sinais de sangramento ativo, SINAIS de

D: Glasgow 15

E: Sem sinais de escoriações

ARUANA SEGURO
19 SET 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

	VIA	HORARIO	ASSINT.
① Solicito Rx ombro AP (Pericl)			
② Avaliação da ortopedia			
Med. anal. 200			
o S.O. 3.º caso e a 1.ª			
Ar. 1.º e 2.º			

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

Data: ___/___/18. Hr: ___:___ Ass. Médico: _____

ANESTESIOLOGIA: 21h30 - 26/06/18 - Submetido a PBCV.
(O₂ + Entenylbromide (Propofol 200mg) pl redução de luxação
de quadril D. São sem sinais de dor e
dentro da normalidade.

[Signature]
CRM 2725
RW

HOSPITAL REGIONAL DE MOSSORÓ
ESTÁ CONFORME
SANEAMENTO
SANEAMENTO
21.06.2018
BTW



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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Toni Batista de Sousa N° do Pront.: _____
Cirurgia: Redução de sequecimento umbro D Data: 16.05.18
Cirurgião: Dr. Gergel Auxiliar: Dr. Diego Instrumentadora: _____
Anestesista: Dr. Rono Anestesia: Gerol.
Início da Cirurgia: 11:30 Término: 11:30

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	
* GASES	
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N°	
* LUVAS	13,5 e 8,0
* EQUIPO PARA SORO	104 pacotes de uso
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	01 unid.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* Sonda ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* Sonda URETRAL N°	
* Sonda FOLEY N°	
* Sonda NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* Sonda PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	01 unid.
* 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>Luvas de procedimento</u>	<u>06 pares</u>

APROVADO
19 SET 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO
01.06.2018
BIA



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

5000 65717

R

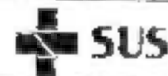
⊙ T. P. 5717 VELPESU

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
RUA...
...
...

APUANA SEGUROS
19 SET 2018



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



Sistema
Único
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade:

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

Nome:	JOAO BATISTA DE SOUSA		Idade:	47/239	
Cartão SUS:	Nome da Mãe: FRANCISCA GOMES DE LIMA		Data de Nascimento: 03/07/1968 (51/29m)		Sexo: Masculino
Endereço (Rua/Av):	Bairro: NAO TEM		Nº:	AUTONOMO	
Cidade:	Estado:		Telefone:	144	
Motivo da Procura:	() MOSSORO/RN		Data:	NAO TEM	
Assinatura do Paciente:	CPF DO PACIENTE: (07356990499)		Rubrica Servidor:	22/04/2018 11:01	
Assinatura do Médico:	MEDICACAO		ALEX ALVES		

ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa: *Acidente de moto*

Antecedentes Alérgicos:

HAS () DM ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE: *Informou queda de moto e pegando fogo no ombro d. Ao exame - EGS, consciente e orientado.*

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____
SpO2: _____ HGT: _____

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório
() Radiológico
() ECG () Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta para A/H
Saída: Data/Hora _____ às _____ h. () Alta referido para UBS () Óbito
() Outra Unid. Urgência () Especialidade
() Internação no Hospital

Médico: (Carimbo e Assinatura)

APUANA SEGUROS
19 SET 2018

— Dipirona — 01 Amp + ARD, IV

— DZ GADRON — 01 Amp + ARD, IV

⇒ ORIENTADO A PROCURAR
AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
NO HRTM

Dr. Matar Cassamá
Médico
CRM-RN 5862

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

JOÃO BATISTA DE SOUSA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001.390.674 DATA DE EXPIRAÇÃO 11/09/2015

JOÃO BATISTA DE SOUSA

JOSE PEDRO SOBRINHO
FRANCISCA GOMES DE LIMA

MOSSORÓ RN DATA DE NASCIMENTO 02/07/1968

CERT. DE NASCIMENTO 1-071 F-522 RG-53327
MOSSORÓ RN-4 CARTÓRIO

073.509.904-99 2a. VIG

Odair

11/09/2015

ARUANA SEGURA
19 SET 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013709194724
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01078909013 R.A.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JOAO BATISTA DE SOUSA

CPF / CNPJ
073.509.904-99

PLACA
QSC4512

PLACA ANT. / UF
QSC4512 / RN

CHASSI
LXVXCBL02E0537889

ESPÉCIE TIPO
PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB. 2013 ANO V. D. 2014

CAP. / POT. / CL
OCV/49 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
06/03/2018

VENC. / COTAS
1º ISENTO

FAIXA - I.P.V.A.
A 030726 3X

PARCELAMENTO / COTAS
R\$ *****

2º ISENTO
3º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

ICF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

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

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 1P39FWAE104329

MOSSORO/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 NAÓ - 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/02/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 073.509.904-99

PLACA
QSC4512

RENAVAM
01078909013

MARCA / MODELO
I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB.
2013

CAL. TARIF.
8

Nº CHASSI
LXVXCBL02E0537889

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

ICF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELA(X)

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

APUANA SEGUROS
19 SET 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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 de: 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 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

JOAO BATISTA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Aline Lulza Silva de Morais Carvalho



DECLARAÇÃO

EU João Batista J. Sousa

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 Caixa Econômica Federal

para regularizar minha conta Poupança de agência

3064, número 048950-5 para pode receber o

benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.



João Batista 20 de Agosto de 2019

João Batista J. Sousa

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



PR03B04
004120



Correios

R\$ 05,50

11.09.18 08:53

CARTA
ADE JEREMIAS DA ROCHA/RN

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



ARUANA SEGUROS
19 SET 2018

REMETENTE: JOÃO BATISTA DE SOUSA

ENDEREÇO: RUA DOS LIRIOS

Nº 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:

Karla Souza

PROTOCOLO 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 de: 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 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

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