

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8386566

A/C: VALDIR ALBINO DA SILVA

**Sinistro:** 3160014993  
**Vitima:** VALDIR ALBINO DA SILVA  
**Data Acidente:** 15/09/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### 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!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8449511

A/C: VALDIR ALBINO DA SILVA

**Sinistro:** 3160014993  
**Vitima:** VALDIR ALBINO DA SILVA  
**Data Acidente:** 15/09/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **15/09/2015**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

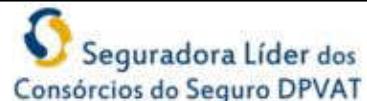
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160014993      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR ALBINO DA SILVA      **Data do acidente:** 15/09/2015      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 18/01/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** LESÃO DE PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INDENIZAVEL

**Sequelas permanentes:** SUTURA

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 %	\$0.00

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160014993      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR ALBINO DA SILVA      **Data do acidente:** 15/09/2015      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 18/01/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** LESÃO DE PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INDENIZAVEL

**Sequelas permanentes:** SUTURA

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 %	\$0.00

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



 Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

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, Valdir Albino da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 0401 3597 483 EXPEDIDO POR Ditram IRN EM 09/06/15 E  
 CPF 025 439 554-61 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO motoqueiro  
 E RENDA MENSAL DE R\$ — (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valdir Albino da Silva, 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.

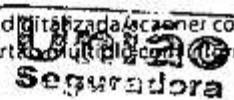
Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- 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 Lotéricas 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](http://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/cópia em colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão com a 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) \_\_\_\_\_



07 JAN 2016

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) 0539 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000 3210 - 0

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

Natal , 07 de Outubro de 2015

LOCAL E DATA

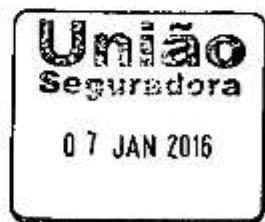
Valdir Albino da Silva

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





B O A T 88308

1 - LOCAL E DATA

Local R. ST 3 Ladeira Balcão FELIPE GOMES  
Cidade/UF MATIZ P. Ref. 070  
Data 15/09/2015 Hora do acidente 19:00 Hora do registro 19:15 Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Frontal | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral     | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento  |
| <input type="checkbox"/> - Colisão Posterior          | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque      | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 03T-9830 Cidade MATIZ UF RN  
Marca/Mod. HONDA CG 125 FAN RS Cor PRETO Ano 2012 / 2013  
Proprietário ALYSSON DINIZ DE CARVALHO ALEXANDRE Nº de Ocupantes 01  
Condutor FELIPE FELIX DA SILVA Data de Nasc. 26/08/1995  
Endereço R. SÃO JOSÉ Nº 555 Fone 98489-0981  
Bairro FELIPE FERREIRA Cidade MATIZ UF RN  
CPF/Nº 01.782.644-86 CNH Nº \_\_\_\_\_ Validação 1 / 1 Categoria   
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi PAZK-8729 Cidade MATIZ UF RN  
Marca/Mod. HONDA CG 125 FAN KS Cor PRETO Ano 2010 / 2010  
Proprietário CARLOS PEPEIRO Nº de Ocupantes 01  
Condutor VALDIR ALBINO DA SILVA Data de Nasc. 11/03/1975  
Endereço R. 15 ANA GERTIE DIASITE Nº 10 B Fone 98269-1296  
Bairro FARMAZIA Cidade MATIZ UF RN  
CPF/Nº 054.935.551-61 CNH Nº 0901359483 Validação 09/04/2020 Categoria AB  
Local de Trabalho FARMAZIA ALIANOR Fone \_\_\_\_\_  
End. R. 510 CRISTINA Nº \_\_\_\_\_ Bairro FARMAZIA Cidade MATIZ

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 \_\_\_\_\_  
CPF/Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validação 1 / 1 \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**União Seguradora**  
07 JAN 2016

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 \_\_\_\_\_  
CPF/Nº \_\_\_\_\_ Validação 1 / 1 \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 1 "T10%"

II -  Vítima: condutor de:  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de:  V1  V2  V3  V4 Condutido para:

Nome JACOB RIBINIO Órgão Expedidor ITEP Data de Nascimento 09/05/1975  
 RG Nº 14.908.67 Presença:  Testemunha  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

III -  Vítima: condutor de:  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de:  V1  V2  V3  V4 Condutido para:

Nome DANIEL FELIX DA SILVA Órgão Expedidor ITEP Data de Nascimento 26/08/1995  
 RG Nº 003.387.813 Presença:  Testemunha  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

IV -  Vítima: condutor de:  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de:  V1  V2  V3  V4 Condutido para:

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 RG Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

V -  Vítima: condutor de:  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de:  V1  V2  V3  V4 Condutido para:

Nome \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 RG Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

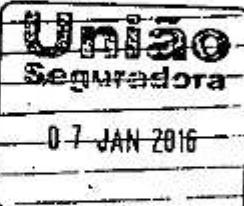
VI - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa VS6-16 Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
 Nome SAPAT - RV RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cód/Desd. \_\_\_\_\_

VII - IMAGENS / FOTOS  SIM  NÃO AUTUAÇÃO  SIM  NÃO AITN<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

VIII - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

O veiculo VS6-16 foi dirigido pelo local  
 e o condutor se declarou que  
 o condutor de MOTO DANIA DANI Foi multado  
 e o auto: 18051366



Assinatura do Agente de Trânsito

Nome Completo do Agente TISSERON GONCALVES DE LIMA  
 POSTO/GRAD.: CB PM Nº 93.035 Viatura B6-35 Subunid. 680 ACENT  
 Local e Data ITEP, 15 de 09 de 2015

88308

## 1.2 CONDIÇÕES DA VIA

- Luminosidade
- Amanhecerendo
- Perno Dia
- Aoitecendo
- Noite c/ Iluminação
- Noite s/ Iluminação
- Iluminação Deficiente

- Cond/Tempo
- Bom
- Nublado
- Chuva
- Nebulosa
- Outros

- Tipo da Pista
- Asfalto
- Paralelepípedo
- Concreto
- Cascalho
- Terra
- Outros

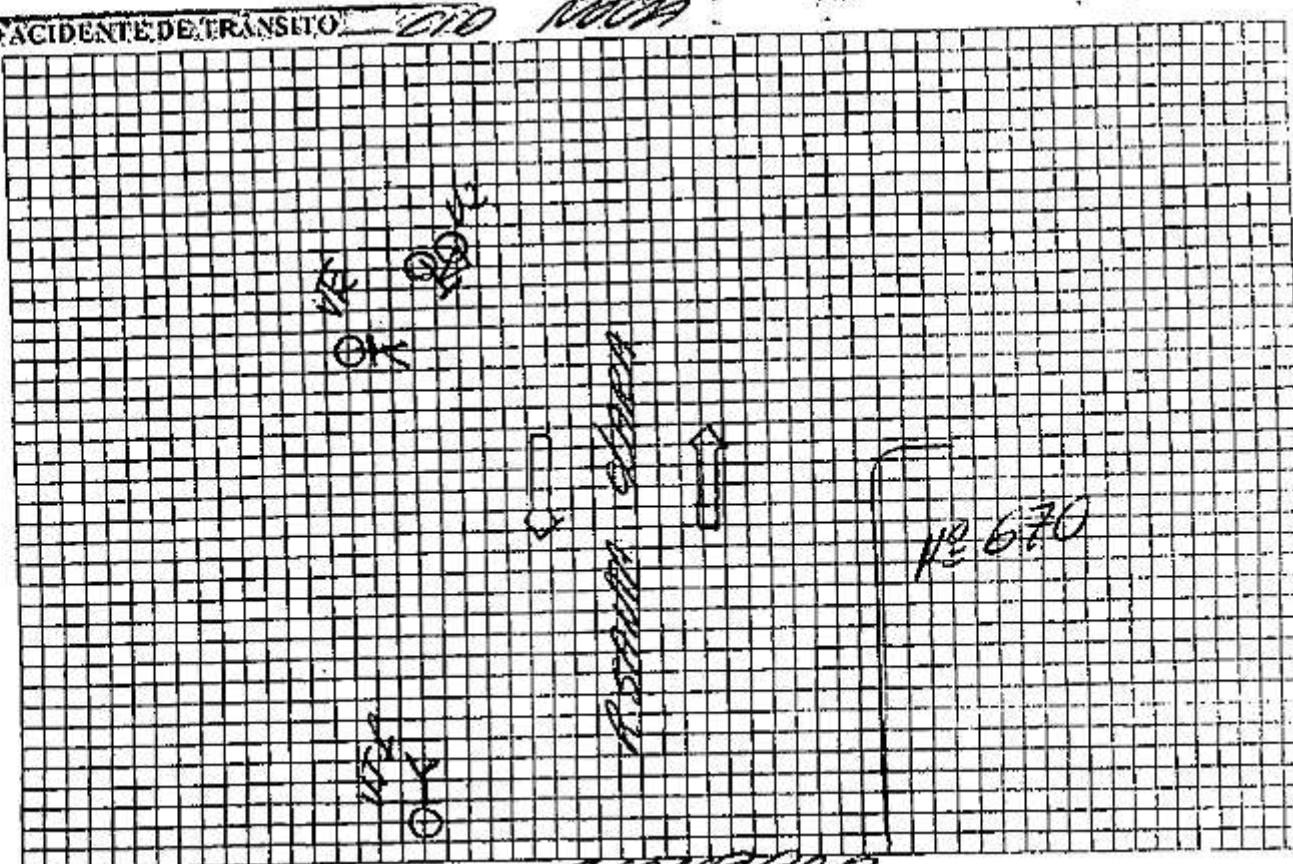
- Caract./Pista
- Reta
- Curva
- Aclive Íngreme
- Aclive Suave
- Declive Íngreme
- Declive Suave
- Lombada
- Cruzamento
- Rotatória
- Retorno
- Entroncamento
- Bifurcação
- Outros

- Cond./Pista
- Seca
- Molhada
- Inundada
- Poças D'água
- Oleosa
- Enxameada
- Em Obras
- Com Buraco
- Com Areia
- Outros

- Signalização
- Inexistente
  - Do Agente de Trânsito
  - Do Semáforo
  - Faixa de Pedestre
  - Linha \_\_\_\_\_
  - Placa(s) \_\_\_\_\_
  - Lombada eletrônica
  - Vel. Máx. Perm. \_\_\_\_ KM/H
  - Outros \_\_\_\_\_

## 9.1 CROQUIS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

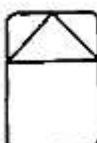
-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



PLANO ALTO

## 10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

## AVARIAS DO VEÍCULO 1



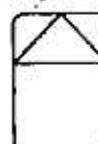
?

## AVARIAS DO VEÍCULO 3

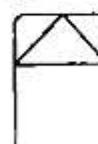


X

## AVARIAS DO VEÍCULO 2



## AVARIAS DO VEÍCULO 4


**União**  
Seguradora

07 JAN 2016

**VERSÕES DOS CONDUTORES**

**Sobre V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?**

Em que sentido?

RUA SANTA CLARA  
CID RUA FELIPE CATARINO

Em que faixa?

Versão do condutor

?

**Assinatura do Condutor 01**

**Sobre V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?**

Em que sentido?

Versão do condutor

RUA SANTA CLARA  
FELIPE CATARINO CID  
Em que faixa?  
Meu carro via normal  
que é direto em uma recta  
com o mesmo fraca-  
mento.

**Assinatura do Condutor 02**

**Sobre V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?**

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

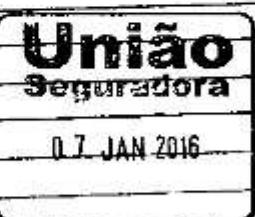
**Assinatura do Condutor 03**

**Sobre V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?**

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?



07 JAN 2016

**Assinatura do Condutor 04**



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: cprescetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 22 de Setembro de 2015.

BOAT nº: 88308

Data: 15.09.2015

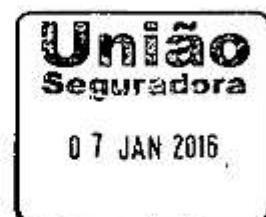
Local: Rua Santa Clara - Felipe Camarão - Natal/RN

**Veículos envolvidos:**

(V-1) HONDA / CG 125 FAN KS - OJY 9829  
(V-2) HONDA / CG 125 FAN KS - MZK 8724

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

\_\_\_\_\_  
Tony Swamann Vale Castro Cap. QOPM  
Mat. 170.077-4  
**CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO**



Verificação da autenticidade no internet: <http://www.ppm.m.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número da ocorrência: 432909 Data/hora registro: 22/09/2015 10:12:44  
Número/controla: FNILVUYI.IU5KJR4H8PP7

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

gerado

(84) 8869-1296 / (84) 9883-44288



COMPANHIA DE ÁGUAS E SUDOS DO RIO GRANDO DO NORTE  
Av. Gen. Sampaio Salgado Filho, 1545, Tel.: CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.573/0001-35 / INSC. Estadual: 20053.426-3  
Admin. Contac: (84) 3232-4432 / Dividende: (84) 3232-4552

0800-840395  
84-3232-4268

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/PESO/TO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 11/08/2015 AS 14:36:56 MATRÍCULA: 068/AR

DADOS DO CLIENTE

16702014 08/2015

VALDIR ALBINO DA SILVA  
RUA ANA CLETA DIARTE, N 10 - FELIZ FABRASO NATAL RN 59011-177

DESCRICAÇÃO	ROTA	SEGUROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
			RÉSIDENTIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
120-D42-156-16155-000	3	70	
HIDROMETRA	BITUCAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO
LIGADO			POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (CH3): 10

DATA LEITURA: 10/08/2015  
LEIT. ATUAL: 93  
LEIT. ANT.: 83  
DIAS CONSUMO: 83

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF.	CON.	REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	MÉDIA
07/2015	4	05/2015	7	03/2015	2	3
06/2015	2	04/2015	0	02/2015	0	

DESCRICAÇÃO

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA - FONTE: 100% (100% DA ÁGUA)	10 M3	30,96
USO: 100% DE ÁGUA		0,30
IMPOSTO: 0%		0,16
OUTRAS: 0%		0,48

TRIBUTOS	BAIXO DE FAZENDA	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
PIS	30,96	1,65	0,51
COFINS	30,96	2,6	2,15

VENCIMENTO: 21/08/2015 TOTAL A PAGAR:

15,94

A ÁGUA DISTRIBUÍDA PARA O SEU IMÓVEL APRESENTA, NO MOMENTO, TECN

Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Total	Oxido Redutor Livre	Múltiplas Subst.
MSP e Recomendações	≤ 6,0 uT	6,0 a 8,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Ótimos	1-12	7-11			

DOCUMENTO 2 \*T2%\*



União  
Seguradora

07 JAN 2016



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  
CIRURGIA GERAL

*(Handwritten Signature)*

<b>PACIENTE</b>	<b>VALDIR ALBINO DA SILVA</b>		
<b>DATA DE ENTRADA</b>	15/09/2015 <b>HORA</b> 20:40 <b>Nº BAA</b> 121461		
<b>IDADE</b>	40	<b>SEXO</b>	M <b>ETNIA</b> Pardo
<b>CARTÃO SUS</b>	- <b>ESTADO CIVIL</b> Solteiro(a)		
<b>CPF</b>	025.439.554-61	<b>RG</b>	1498368 - SSP RN
<b>NOME DA MÃE</b>	MARIA APARECIDA DA SILVA		
<b>NOME DO PAI</b>			
<b>NASCIMENTO</b>	11/05/1975	<b>NATURALIDADE</b>	Tangará-RN
<b>TELEFONE</b>	(98) 8691-296	<b>PROFISSÃO</b>	
Motoboy - motoqueiro - entregador			
<b>RUA/AV.</b>	RUA ANACLETO DLUARTE	<b>Nº</b>	10 B
<b>COMPLEMENTO</b>	-	<b>BAIRRO</b>	FELIPE CAMARAO
<b>CEP</b>	-	<b>CIDADE</b>	Natal-RN
<b>ORIGEM</b>	Outra	<b>MOTIVO</b>	Acidente de Trânsito / Moto - Moto
<b>ACID. DE TRABALHO</b>	Não	<b>USUÁRIO</b>	Wellingtonomes

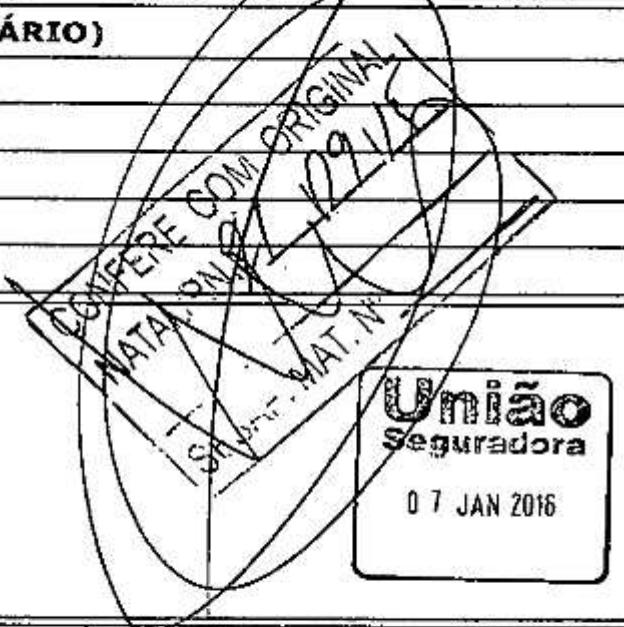


**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

Fracura Vítreo do Colírio Moto - moto. Perdeu a visão  
por perda de consciência, náuseas e vômitos. Apresenta óculo-  
reflexos em ambos olhos direito e esquerdo com ocorrência de náuseas.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A Pálpebras
- B MVR, Sintônico S/A 93%
- C Estínfalo FL: 71cm
- D Glasgow 15, consciente e orientado
- E



DOCUMENTO 3 "T3%"



**União**  
Seguradora

07 JAN 2016

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID





PE CEL

Id Paciente: 121461

79,4 %

Data Exame: 15/09/2015 22:07:01

PE AP

Paciente: VALDIR ALBINO DA SILVA

79,4 %

Técnico: ÁRIBETO/JS

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Idade: 40 ano(s)

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380

TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sárinho

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o segurado Valdir Alves  
da Silveira  
foi examinado nesta Unidade às \_\_\_\_\_ horas,  
necessitando de 07 (Sete) dias de  
afastamento do trabalho, por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com  
nº 593 a partir desta data.

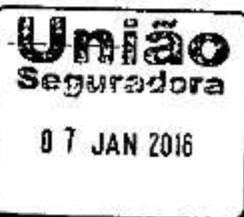
21/09/15

Localidade e Data

Dr. Kieldson Bastos  
Ortopedista  
CRM-4421 / TECOT-10660  
Ass. do Médico e Cartimbo com CRM

**NOTA:** Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86  
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e  
será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento  
do trabalho.

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o segurado Waldo Almeida

D. Silva

foi examinado nesta Unidade às 20:40 horas,

necessitando de 07 (SETE) dias de

afastamento do trabalho, por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº \_\_\_\_\_ a partir desta data.

Waldo Almeida 2015

Localidade e Data

Eduardo S. Telzeira  
Médico/Cirurgião Geral  
CRM/RN 5996

Ass. do Médico e Carimbo com CRM

**NOTA:** Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





Núcleo de  
ortopedia e  
traumatologia

Rua dos Canindés, 1407 - Alecrim - Natal/RN  
FONE: (84) 3213-6260

## ATESTADO

Atesto para os fins que se fizerem necessários que WILSON A. L.

Silva foi atendido nesse serviço e liberado, devendo ser afastado de suas  
atividades pelo período de 100 dias dia(s).

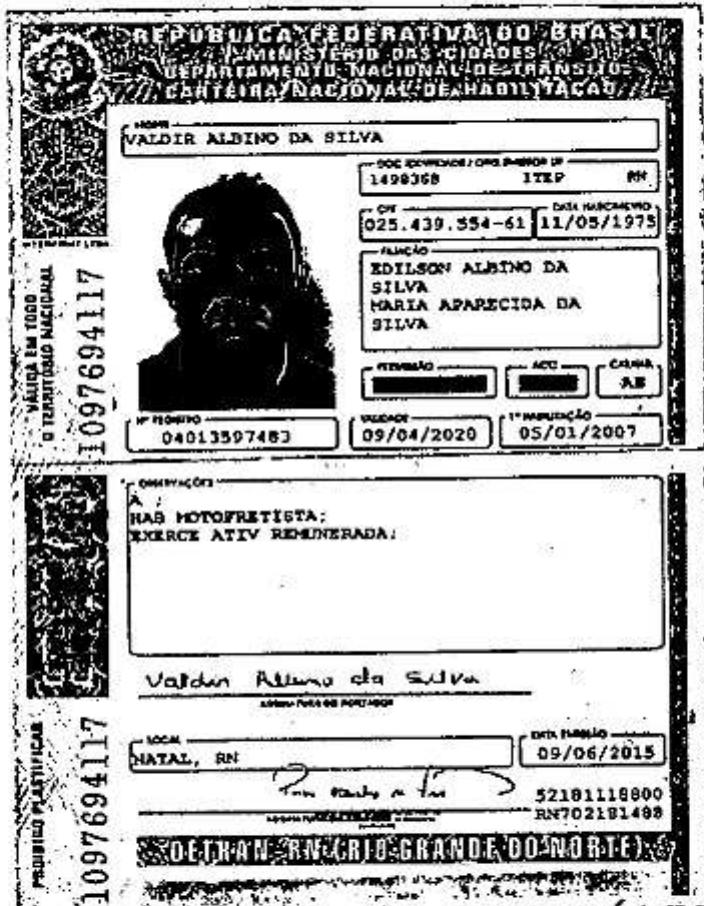
C U S 935

Natal, 06 de 10 de 15

Assinatura do Médico

**União**  
seguradora

07 JAN 2016



DOCUMENTO 4 T4%





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **025.439.554-61**

Nome da Pessoa Física: **VALDIR ALBINO DA SILVA**

Data de Nascimento: **11/05/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/08/1995**

Dígito Verificador: **00**

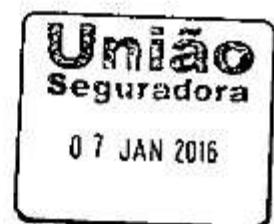
Comprovante emitido às: **14:18:09**: do dia **07/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2215.C41A.696D.CCBD**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



## CONTESTAÇÃO

Galdir Albino da Silva

CPF: 025.439.554-61, vem por meio deste, junto à Sa Seguradora Líder, por discordar de a impossibilidade de poder cadastrar ou pleitear o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, opor-se pelo seguinte motivo:

A exigência do Boletim de Ocorrência Emitido pelo Comando de Polícia Rodoviária Estadual, lavrado pela instituição do Estado do Rio Grande do Norte, na forma requerida torna impossível o recebimento da indenização pelo seguinte motivo:

- A Polícia Rodoviária Estadual, *não efetua autenticação manual por assinatura e carimbos*, para a instituição está autenticação é feita de forma sistêmica através do site <https://mar.url.ph/boat/consulta/>, a mesma já entende como autenticada e apta a sanar a exigência do seguro DPVAT ou qualquer pleito que se faça necessário.

Sendo assim a exigência em autenticar o Boletim de Ocorrência em outro formato que não o procedimento da instituição emissora do documento é incabível pois inviabiliza o acesso ao seguro, criando demandas de documentos impossíveis de serem conseguidos.

Ressalto o entendimento da Seguradora Líder no estado do Paraná do qual tem situação semelhante. Neste estado a emissão de Boletim de Ocorrência pode ser feita através de boletim online através do sistema B.A.T.E.U, sendo que para este caso a seguradora Líder aceita a emissão conforme comunicado máster emitido em 16/09/2015 e não questiona autenticidade e veracidade do mesmo como documento valido e verdadeiro para comprovação de acidente de transito, sendo assim deveria ser aceito o documento emitido pela Polícia Rodoviária Estadual Rio Grande do Norte uma vez que se trata de situação idêntica.

Em verdade, o Boletim de Ocorrência emitido pelo Comando de Polícia Rodoviária do Rio Grande do Norte e com a autenticação através do SICBOAT deverá sanar a toda e qualquer pendencia de Comprovante do Acidente de Transito, uma vez que supre em todo a exigência sendo emitido por autoridade policial competente e tendo sua validade reconhecida por esta autoridade sendo lícito e oficial e atende as caracterizas espedidas pela Líder e SUSEP para comprovação do estado de vítima de acidente de transito.

Por tudo isso, quando a impossibilidade de pleitear a indenização é embasada no não reconhecimento da veracidade do Boletim de Acidente de Transito por ser uma exigência ilegítima da seguradora, , fica claro que a , ESTÁ EM MORA COM A SUA OBRIGAÇÃO, POR NÃO ACEITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, conforme o previsto em lei.

