

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, 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, 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 início 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.

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 SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 4013597483 EXPEDIDO POR Dutram / RN EM 09/06/15 ECPF 025439554-61 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO motocueiroE 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.

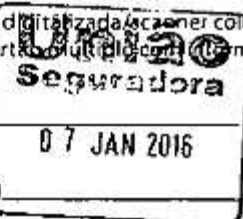
Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- 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), bem como o CPF cadastrado no SÍSDPVAT 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, com colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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



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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0539 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00003210-0

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 88308

1 - LOCALE DATA

Local R. STZ CLARA Bairro FELIPE CAMARÃO
Cidade/UF MATAC RN P. Ref. 12-670
Data 15/09/2015 Hora do acidente 19:00 Hora do registro 19:15 Dia da semana TERÇA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

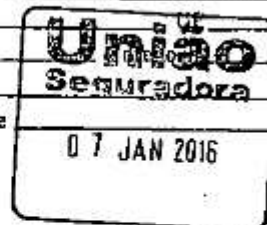
Placa ou Chassi QJT-9829 Cidade MATAC UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 125 FAN RS Cor PRZ Ano 2012/2013
Proprietário ALBION DINIZ DE CARVALHO ALEXANDRE Nº de Ocupantes 04
Condutor DANIEL FELIX DA SILVA Data de Nasc. 26/04/1995
Endereço R. STZ JOSE Nº 555 Fone 32289-0981
Bairro FELIPE CAMARÃO Cidade MATAC UF RN
CPF Nº 701.782.64-86 CNH Nº _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MZK-8729 Cidade MATAC UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 125 FAN RS Cor PRETA Ano 2010/2010
Proprietário CARLOS PEREIRA ROLIM Nº de Ocupantes 04
Condutor ALBION DINIZ DE CARVALHO ALEXANDRE Data de Nasc. 11/05/1975
Endereço RUA ANA CLERTE DUARTE Nº 10 B Fone 32269-1296
Bairro FELIPE CAMARÃO Cidade MATAC UF RN
CPF Nº 225.433.554-61 CNH Nº 0901359483 Validade 09/04/2020 Categoria AB
Local de Trabalho FARMACIA ALIANÇA Fone _____
End. R. STZ CRISTINA Nº _____ Bairro FELIPE CAMARÃO Cidade MATAC/RN

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 _____ Validade _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



6 - VEÍCULO 04:

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



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presençou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro
Nome: WILSON ALBINO DA SILVA Data de Nascimento: 11/05/1975
RG N°: 142858 Órgão Expedidor: ITEP N°: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Bairro: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
12 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presençou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro
Nome: DANIEL FELIX DA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1993
RG N°: 03.387.813 Órgão Expedidor: ITEP N°: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Bairro: _____
Versão: _____

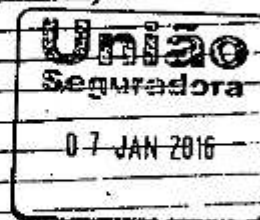
Assinatura: _____ Hora: _____
13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presençou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro
Nome: _____ Data de Nascimento: _____
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ N°: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Bairro: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Presençou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro
Nome: _____ Data de Nascimento: _____
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ N°: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Bairro: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa: _____ Cidade: USB-16 UF: _____ Marca/Modelo: _____
Nome: SAM - RV RG N°: _____ Órgão Exp.: _____ N°: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO Cód/Desd: _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
O veículo UF foi retirado do local
expulso do local pelo condutor do
veículo não possui CNH foi autua-
ção no auto: 18094266



SD ASSILATO
Nome Completo do Agente: WILSON GONÇALVES DE LIMA
POSTO/GRAD.: UB PM N°: 33.28 Viatura: AG-35 Subunidade: 600 ALCA
Local e Data: UBATUBA, 15 de 09 de 2015
Assinatura do Agente de Trânsito: _____

88308

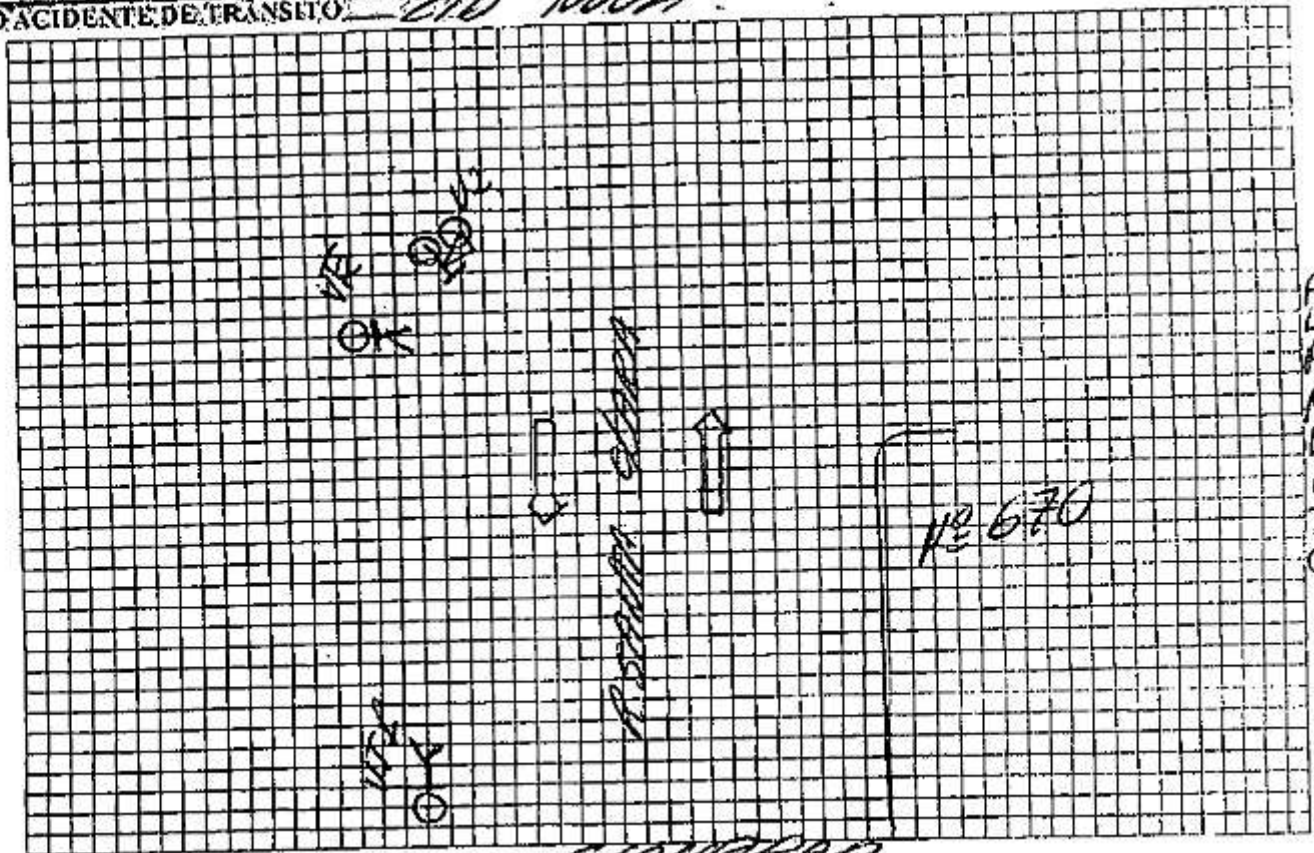
12. CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pieno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> De Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliana	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9. CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

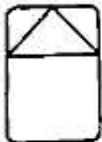
CID MOVA

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



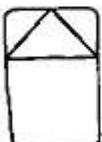
10. AVARIAS VISUALIZADAS PEO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

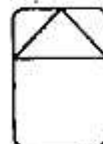


?

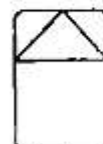
AVARIAS DO VEÍCULO 3



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?

Versão do condutor

RUA SANTA CLARA

CID RUA

FELIPE CAPARAO

Em que faixa?

UNICA

?

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

RUA SANTA CLARA

FELIPE CAPARAO/CID RUA

Em que faixa?

UNICA

Hoje que transitava normal
quase sempre com o único
em sua direção em uma faixa
celebrando com o mesmo freio
muito.

Assinatura do Condutor do V2

Felipe Almino da Silva

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

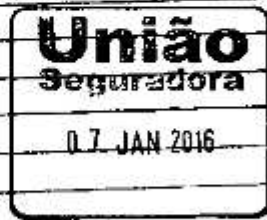
Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?



Assinatura do Condutor do V4



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: cpresctordetrafe@hotmai.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 Swamarn Vale Castro Cap. QOPM
Mat. 170.077-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

União
Seguradora

07 JAN 2016

Verificação de autenticidade on internet: <http://www.prn.m.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número da ocorrência: 432909 Data/hora registro: 22/09/2015 10:12:44
Número/control: FNILVUYLWJ5KJRAH8PP7

*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 ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1545, Fone: CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.507/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Contat: (84) 3232-4432 / Clientes: (84) 3232-4552

ESTABELECIMENTO DE ATENDIMENTO

08690-340195

84-3232-4268

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 11/08/2015 ÀS 14:36:56

MATRICULA:

DIÁRIO

DADOS DO CLIENTE

VALDIR ALBINO DA SILVA

RUA ARIACETO DIARTE, N 10 - FLORES - CAMARÃO NATAL RN 59011-770

DISCÇÃO	POSTA	SELOPOSTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
120-D42-156-0655-000	3	270	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
10551845	LIGADO		POTENCIAL			

CONSUMO ÁGUA (M3): 10

DATA LEITURA: 11/08/2015
LEIT. ATUAL: 93
LEIT. ANT.: 83
DIAS CONSUMO: 33

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
07/2015	4	05/2015	7	03/2015	2	3
06/2015	8	04/2015	6	02/2015	0	

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO	TOTAL (R\$)
10 M3	30,96
IMPOSTO DE ÁGUA	0,30
IMPOSTO DE ESGOTO	0,16
IMPOSTO DE LIGACÃO	10,45

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	30,96	1,65	0,51
COFINS	30,96	7,6	2,35

VENCIMENTO: 21/08/2015 TOTAL A PAGAR: 44,32

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

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Total	Oxigênio Dissolvido	Músculos (mg/L)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,5 a 8,5	% de Ausência	≥ 2 a 7,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	1,2	7,2	0%	3,5	5,0

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

PACIENTE VALDIR ALBINO DA SILVA
DATA DE 15/09/2015 HORA 20:40 Nº BAA 121461
ENTRADA

IDADE 40 SEXO M ETNIA Pardo
CARTÃO SUS - ESTADO CIVIL Solteiro(a)
CPF 025.439.554-61 RG 1498368 - SSP RN
NOME DA MÃE MARIA APARECIDA DA SILVA
NOME DO PAI -

NASCIMENTO 11/05/1975 NATURALIDADE Tangará-RN
TELEFONE (98) 8691-296 PROFISSÃO

Motoboy - motoqueiro - entregador

RUA/AV. RUA ANACLETO DLUARTE Nº 10 B

COMPLEMENTO - BAIRRO FELIPE CAMARAO
CEP - CIDADE Natal-RN

ORIGEM Outra MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Moto

ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Wellingtongomes



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

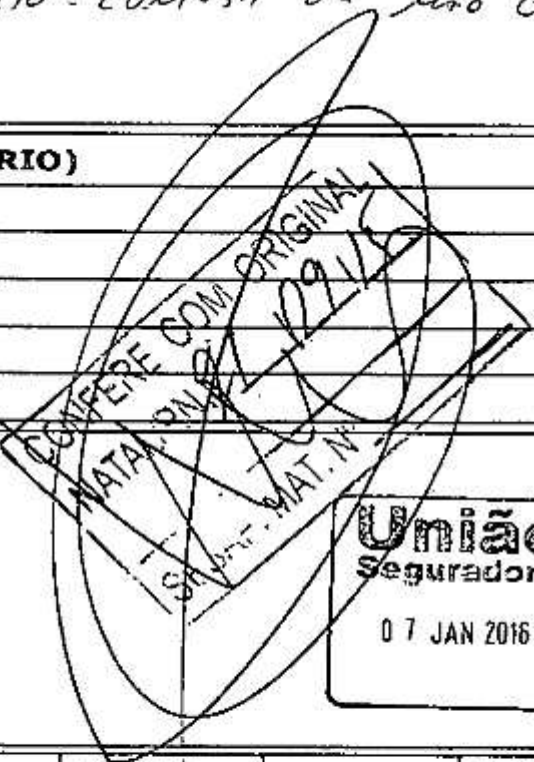
Probável vítima de colisão moto-moto. Estava no caminho
para a casa no condomínio, quando foi atingido por uma
motocicleta em movimento e sofreu contusão na mão esquerda.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Abundante
B MVB, Sinais de S/A, S/A 93%
C Estável FC: 77 bpm
D GLASGOW 15, Consciente e orientado
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO 3 "T3%"



União
Seguradora

07 JAN 2016

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

N661

M (MEDICAÇÃO EM USO):

N661

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

PNEUMOPATIA PRÉVIA NO LADO

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

N/A

V (PASSADO VACINAL):

N/A S230

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

No No P6 657 APE

OBLIGADO

Dr. Fco. Martins de Mesquita J.
MR de Cirurgia Geral
CRM - 8122

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

① ASSOP. de S-NOVO ASSOP. de
COM CLORAMFENICOL E PVPE

② ANESTESIA LOCAL COM XILOCAINA

③ SUTURA SIMPLES COM NYLO 3-0

④ CUIDADO COM O CUIDADO

⑤ PRECISO CUIDADO: DOR NO

07 dias 6 HOURS de dor

07 dias

Dra. Gabriela Santos
Cirurgia Geral
CRM - 7001

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

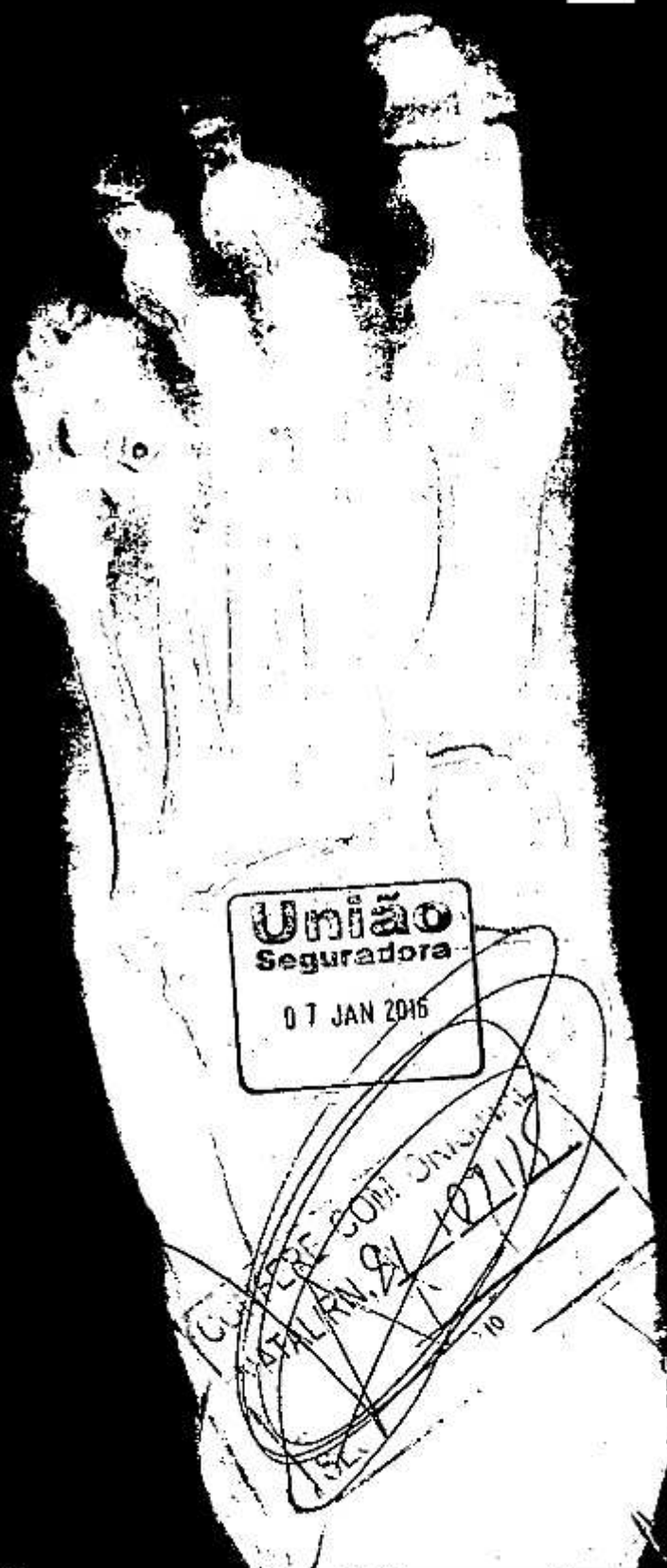
DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)



FS CB: 79.4 % PE AP
Id. Paciente: 121461 Data Exame: 15/09/2015 22:07:01
Paciente: VALDIR ALBINO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

79.4 %
Técnico: ARIBETO/JS
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 Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o segurado

Valdir Albano da Silva

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. Adelson Bastos
Ortopedista

CRM 4421 / TEOT 10660

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.

União
Seguradora

07 JAN 2016



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o segurado Valdir ALBINO

DA 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.

Natal 15/08/2015

Localidade e Data

Eduardo S. Teixeira
Médico/Cirurgia Geral
CRM/RN 5906

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.

União
Seguradora

07 JAN 2016



Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

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

União
Seguradora

07 JAN 2016

ATESTADO

Atesto para os fins que se fizerem necessários que Waldin A da

Santos

foi atendido nesse serviço e liberado, devendo ser afastado de suas

atividades pelo período de 10 (dez) dia(s).

cu 5935

Natal, 06 de 10 de 15

Assinatura do Médico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CENTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1097694117

VALDIR ALBINO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / CDT. PASSAP. DE 1428368 ITED RN

CVE 025.439.554-61 DATA NASCIMENTO 11/05/1975

FILIAÇÃO
EDILSON ALBINO DA SILVA
MARIA APARECIDA DA SILVA

RESIDÊNCIA ☐ ACQ ☐ C/ENR ☐ AB

Nº REGISTRO 04013597483 VALIDADE 09/04/2020 1ª EMISSÃO 05/01/2007

OBSERVAÇÕES
A
NAS MOTOFRETISTA;
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Valdir Albino da Silva
Assessoria Pista de Porto Alegre

LOCAL NATAL, RN DATA EMISSÃO 09/06/2015

52181118800
RN702181499

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

DOCUMENTO 4 *T4%*



União
Seguradora

07 JAN 2016



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**

Digito 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.

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 a 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 esta 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 e 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 licito 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.

