
Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JESSICLA BARBOSA DUTRA**
Nº Sinistro: **3180442094**
Vitima: **JESSICLA BARBOSA DUTRA**
Data do Acidente: **08/10/2017**
Cobertura: **DAMS**
Procurador: **ERIC TORQUATO NOGUEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180442094**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Carta nº: 13441656

A/C: JESSICLA BARBOSA DUTRA

Nº Sinistro: 3180442094
Vitima: JESSICLA BARBOSA DUTRA
Data do Acidente: 08/10/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: ERIC TORQUATO NOGUEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JESSICLA BARBOSA DUTRA

Valor: R\$ 701,52

Banco: 104

Agência: 000001069

Conta: 0000084776-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO: 318044209401

VALOR TOTAL: 701,52

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESSICLA BARBOSA DUTRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 000000084776

Número da Autenticação

7CA9EA1FB9C0B615

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180442094 **Data do acidente:** 08/10/2017
Vítima: JESSICLA BARBOSA DUTRA **Atendimento:** HOSPITAL
Cidade: Ceará-Mirim **UF:** RN **Análise:** Primeira Análise
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA
S/A **Data:** 26/09/2018 15:02:02

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO OMBRO E DO BRACO FRAT DA CLAVICULA - **Internação:** Não

Tratamento: CIRURGICO **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	130,00	100,76
Honorários Médicos	2.01.03.48-4	PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEMBRO	500,00	500,00
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	130,00	100,76
Total da Análise Atual			760,00	701,52

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: SÓ FORAM AVALIADAS DESPESAS FARMACEUTICAS PERTINENTES AO TRATAMENTO REALIZADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JESSICLA BARBOSA DUTRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	760,00	701,52	701,52
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	760,00	701,52	701,52

TOTAL PLEITEADO: 760,00 **TOTAL AVALIADO:** 701,52 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 701,52

PARECER DE DAMS



INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

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

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

104.252.564-13

Nome completo da vítima

JESSICLA BARBOSA DUTRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Name completo JESSICLA BARBOSA DUTRA	CPF titular da conta 104.252.564-13	Profissão AUTÔNOMA
Endereço RUA BOA VISTA	Número 8493	Complemento
Bairro SANTA LUZIA	Cidade TOUROS	Estado RN
Email Não informou		CEP 59584-000
		Telefone (DDD) (84) 98711-5930

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

1069

(Informar dígito se existir)

NRO.

0/V

CONTA

NRO.

D/V

84776

(Informar dígito se existir)

4

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

0/V

CONTA

NRO.

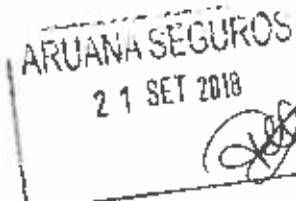
D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Natal/RN, 18 de julho de 2018.



JESSICLA BARBOSA DUTRA

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGURÓ
21 SET 2018



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: DELEGACIA MUNICIPAL DE CEARÁ-MIRIM
Endereço: RUA PRISCO ROCHA, 1249, CENTRO, CEARÁ-MIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018020001951
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.2 Data de Expedição: 18/07/2018 15:10:22
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/10/2017 15:30:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Melo(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo de local: Via Pública
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.13 Cidade: CEARÁ-MIRIM

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: RN-064
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: CEARÁ-MIRIM

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JULYD CESAR COSTA FERREIRA DE LIMA
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Sem Informação
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 10653199406
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AUTONOMO
3.15 Telefone(s): 84 994309050
3.17 Número: 108
3.19 Bairro: SÃO GERALDO
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: CEARÁ-MIRIM

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: JOAO BATISTA FERREIRA DE LIMA
3.6 Mãe: MARIA APARECIDA CAVALCANTE COSTA
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 22/07/1998
3.14 RG: 3074312 - ITEL/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: NATAL - RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA VITORIA REGIA
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA
4.2.1 Nome Completo: JESSICLA BARBOSA DUTRA
4.2.3 Nome Social:
4.2.5 Mãe: IRANILDA BARBOSA DO NASCIMENTO
4.2.7 Orientação Sexual:
4.2.9 Sexo: FEMININO
4.2.11 CPF: 10425258413
4.2.13 Nacionalidade:
4.2.15 Logradouro: RUA BOA VISTA
4.2.17 Número: 08
4.2.19 Bairro: SANTA LUZIA DE TOUROS
4.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.2.2 Estado civil: Solteiro(a)
4.2.4 Pai: JOAO MARIA DUTRA
4.2.6 Identidade de Gênero:
4.2.8 Etnia: Sem Informação
4.2.10 Data de Nascimento: 01/11/1995
4.2.12 RG: 3185176
4.2.14 Profissão: AUTONOMA
4.2.16 Passaporte:
4.2.18 E-Mail:
4.2.20 CEP:
4.2.21 Cidade: TOUROS

5. DADOS PESSOAIS DA(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
7.1.3 Chassi: 9C2KD041D9RD16707
7.1.5 Placa: NNQ7326
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2009
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE FRACINILDO PIMENTEL FREIRE
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 00163337462
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ESD
7.1.10 Ano de Fabricação: 2009
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

NATAL CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Largo Caetano Paganini, 100 - Centro - RN-0265-273 - Número: 08432118548 - 08432118571

CERTIFICO que a presente cópia é a reprodução fiel do original que se foi apresentado, em 21 de Agosto de 2018.

RECENDENTE AUTORIZADO

Válido somente o dia 18 de agosto de 2018



AQN-978732

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

B.1 Histórico

O DECLARANTE VÍTIMA COMPARECEU A ESTA D.P. PI NOS INFORMAR QUE SEGUIA DE MOTO PELA RN-064 EM DIREÇÃO A SANTA LUZIA DE TOUROS JUNTAMENTE COM SUA NAMORADA JESSICLA BARBOSA DUTRA QUANDO, DE REPENTE, UM CAMINHÃO, QUE NÃO IDENTIFICAR, INVADIU A CONTRA-MÃO, QUE NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR E COLIDIU NA LATERAL DO CAMINHO QUE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO. QUE FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU QUE OS LEVOU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NO COTOVelo E PÉ, UMA LESÃO NO JOELHO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE A PESSOA DE JESSICLA BARBOSA DUTRA TEVE FRATURA NA CLAVICULA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE O DECLARANTE PILOTAVA A MOTO ACIMA CITADA E QUE JESSICLA BARBOSA DUTRA VINHA DE CARONA. NADA MAIS DISSE.

B.2 Informações do CIOSP

B.3 Outras Provídências

REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

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: 18/07/2018 15:10:22

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

Policia

Interessado



Pregar direito

Atendimento: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO

Impresso por: 1652001 - CAIO GRACO VARELA DO NASCIMENTO em 18/07/2018 15:10:30

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrada a ocorrência Nº S273103 referente a paciente **JESSICLA BARBOSA DUTRA**, 22 anos, atendida pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 08/10/2017 em RN sentido Ceará Mirim à Touros/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 14 de agosto de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador de Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3





Cooperativa Energética do Rio Grande do Norte
Praça Menezes, 152, Natal, RN - CEP 59025-250

DADOS DA ELEIÇÃO

18.111 DE BARRA DA NASCIMENTO

INDUSTRIAL TRADE SHOWS

Fit 16 8004 VISTA 8493

CBP 107 961 634-09 NIS 16217192560

SANTALUZIA/AREA RURAL

52584-000

CLASSIFICAÇÃO

008180840 UNICA 19/08/2018
2018-08-19 15:00:00 19/08/2018

CONTA CONTRA **Saldo**
0379202012 **06/2018**
26/08/2018 **18/07/2018**
TOTAL PAGOS **157,86**

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL
Consumo Até 30 kWh	50.000.000	0,30940654	15.473.000
Consumo Até superior a 30 até 100 kWh	10.000.000	0,35898084	3.589.808,40
Consumo Acima superior a 100 até 220 kWh	120.000.000	0,53841141	64.573.362,00
Consumo Acima superior a 220 kWh	42.000.000	0,55650196	23.493.196,00
Acréscimo Bandeira AMARELA			1.050,00
Acréscimo Bandeira VERDE/VERMELHA			7,78
Correção da Iluminação Pública			15.000,00
IAMS-Plano de Subvenção			7,99
Multa por atraso-nº 006303337 - 18/04/18			2,10
Juros por atraso-nº 006303337 - 18/04/18			1,25
Alta/Retirada IGP-M-Nº 006303337 - 18/04/18			1,57

Yurimel L. S. de Freitas
Gestão de Assessoramento AFEE
Ano 1998-9

TOTAL DA FAZENDA DA ECONOMIA FEDERAL 157/86

# ID MOVIM.	Tipo Da Transacção	ANTERIOR	ATUAL	MV	COMENTARIO	AUTORIZ.	Último ñº Entrada
DATA	CAL	VALOR	VALOR	VALOR			
2018-06-19	CAU	-67.00	-18.16	-30.84	+6.23	33	1.00000

SCRA-54 is a new product from the company that brought you SCRA-44, the most popular recovery system in the industry.

CÓDIGO DA CATEGORIA	VALOR DE VENDA R\$	VALOR MÍNIMO R\$	LIMITE DE PREÇO MÍNIMO R\$	LIMITE DE PREÇO MÁXIMO R\$	TORNÉO MÍNIMO (%)		VALOR DE VENDA MÍNIMO R\$
					MIN.	MÁX.	
DIC	5,00	4,90	4,70	5,20	2,00	4,00	7,20
PER	1,00	0,90	0,85	1,05	10,00	20,00	2,02
EMIC	0,00	0,20	0,10	0,30	0,00	0,00	0,00

CONDA CONTRATO **NÚMERO** **DATA DE VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR (R\$)**

157,86

MARUANA SEGUROS
21 SET 2018



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criação pela Lei 10.430, de 25/04/2002

Comunidade Evangélica do Rio Grande do Norte
Rua Almeida, 130, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59023-250

DADOS DO CLIENTE

GBE 081 387 924-17

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSULTÓRIO
AV. DOURADO DE CAXIAS 90 A**

白人游乐园

RIBEIRAVARIA URBANA
NATAL, RN
59012-200

B1 RESIDENCIAL
R650BNCIAL
TURNEA

011203626 UNICA 21/09/2018

CONTROLE	DATA EMISSAO
7013765908	08/2018
PERIODO DE REFERENCIA	PERÍODO DE PAGAMENTO LISTA
26/09/2018	21/09/2018
TOTAL PAGO	78,96

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VLR. ORIG.
Consumo Alavá (arv1)	100.000000	0,64322400	64,32
Aristóteles Bandeira VERMELHA			6,69
Contribuição Iluminação Pública			7,96

TOTAL DA FATURA 78,96

NR DO SEGURO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA DO MOVIMENTO	DESCRIÇÃO	VALOR	DATA DE MOVIMENTO	DESCRIÇÃO	VALOR	DOCUMENTOS	ABERTOS	CONSUMO P/M
20-000000000000000000	CAS	26-02-2018	7.620,00	21-08-2018	1.190,00	21	1.000,00			78,00
20-000000000000000000	CNT	26-07-2019	1.430,00	21-08-2018	1.190,00	37	1.000,00			14,00

Следует отметить, что введение в практику интегрированного подхода к оценке производительности труда и оплате труда в сельском хозяйстве неизбежно приведет к значительным изменениям в структуре заработной платы. Рекомендуется провести соответствующие расчеты для каждого субъекта сельского хозяйства.

estudo abrangente. Cabe ressaltar que o estudo de caso é uma forma de pesquisas qualitativas, ou seja, que visam a compreensão, ou qualificação, de um determinado fenômeno. No entanto, o estudo de caso não é a única forma de pesquisa qualitativa.

CONTA CORRENTE | MÍDIA | PREÇOS DE VENDA | TOTAL A PAGAR NET | PÁGINA 22



BRASILIANA SEGUROS
21 SET 2018

Recibo

Nº	R\$
	500,00

Recebido do(s) Sr.(s) Jessiele Barbosa Dutra
Endereço Rua João Teodoro de Souza, 208, Santa Luzia

a importância supra de R\$ Quinhentos Reais

referente 20 sessões de fisioterapia domiciliar
no orçamento dinheiro

pelo que para maior clareza firmo o presente

EMITENTE
Alon Silveira N. Farias
ENDERECO
Rua Manoel Varela, 310 Centro
CNPJ / CPF / RG
002.163.274
LOCAL E DATA
Ceará - Minas Gerais 04.01.18
GEAFSET

OBSERVAÇÕES Dias de atendimento:
20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30 de
Dezembro de 2017 e 3 e 4 de Janeiro
ASSINATURA Alon Silveira N. Farias 2018.
Fisioterapeuta
Crédito 233159-F

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS
Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MINISTRO PAULO
DE ALMEIDA MACHADO

Nome: Jessica Barbosa

Dretra

End: Santo Agostinho

Rf nos extensis

Sulfadiazine 01tb
de proté

Aplicar na área
afetada 3x/dia.

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

Touros/RN

09, 10, 17

DR. JOSÉ CARLOS GOMES
CRM-RN 645
CRA-FARMÁCIA
CRF-RN 645



MEDFISIO

Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Integrativa

Clinico Geral - Dermatologia - Endocrinologia - Fisioterapia - Nutrição - Ortopedia - Fonoaudiologia - Psicologia
Pilates - Ginecologia - Cardiologia - Geriatria - Pediatria - Angiologia - Psiquiatria - Acupuntura - Teste da
Orelhinha - Audiometria - Exames Laboratoriais

Jessica Barbosa Dutra

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

SOLICITO:

Fisioterapia, para: embreamento

ADM + Analgésia

10 Sessões

Indicação Clínica: Reabilitação pós-natal

pós tratamento conservador L profunda
L clavicular

10/12/18

ASSINATURA

Rodrigo P. Braga
Ortopedista Traumatologista
CRM: 100.022

Rua General João Varela, 1148 - Ceará Mirim - RN - CEP 59570-000

Tel. 3274 2211 - medcearamirim@hotmail.com - www.medfisioclinica.com.br



MEDFISIO

Clínica Médica Fisioterapêutica e Acupuntura Integrativa

Clinico Geral - Dermatologia - Endocrinologia - Fisioterapia - Nutrição - Ortopedia - Fonoaudiologia - Psicologia
Pilates - Ginecologia - Cardiologia - Geriatria - Pediatria - Angiologia - Psiquiatria - Acupuntura - Teste da
Orelhinha - Audiometria - Exames Laboratoriais

Junior Barbosa Dutra

Serviço: *Rua 2 - 1º andar* / clínica D
Assunto: *Aracaju*
Assinatura: *21 SET 2018*

TL: *controle de fratura*

03/11/12

*Rodrigo S. Borges
Osteopatia e Fisioterapia
CRM/RN 5354*

ASSINATURA

Rua General João Varela, 1148 - Ceará Mirim - RN - CEP 59570-000

Tel. 3274 2211 - medcearamirim@hotmail.com • www.medfisioclinica.com.br



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

RECEITUÁRIO

100

NOME José da Costa

John Oates

① MioFlex A - 1 CX

feel ye eleh

G. N. A.

BRITANNIA & GURGS

21 SET 2018

DATA 08/10/19

335/337/339

EEZ FOR DIRIGIR NAC 8534.
P-100-2-2001-00104-A-36-03

26925 15 2 26925 262

O PEDESTRE → PILOTE SEMPRE COM CAPACETE. COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE. EVITE ÁGUA ESTANCA.

010.019.107.040



MEDFISIO

CLÍNICA MÉDICA E FISIOTERAPIA

Rua General João Varela, 1148, Ceará Mirim

3274-2211

Recibo

VALOR R\$

130,00

RECEBI (EMOS) DE

Jessica Barbosa Dutra

ENDERECO

A IMPORTÂNCIA DE

centro e ferias Paris

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

REFERENTE A

conserv c/ enclorofila

ASSINATURA

Rodrigo Braga

Ceará-Mirim/RN 02 / 01 / 17



MEDFISIO

CLÍNICA MÉDICA E FISIOTERAPIA

Rua General João Varela, 1148. Ceará Mirim

3274-2211

Recibo

VALOR R\$

130,00

RECEBI (EMOS) DE

Jéssica Borboara Dutra

ENDEREÇO

ARUANA SEGUROS

A IMPORTÂNCIA DE

contato e leitura

21 SET 2018

REFERENTE A

consulta e/ oderrocoto

Ceará-Mirim/RN

18 / 10 / 17

ASSINATURA

Rodrigo B. Staga
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 5204

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018



MEDFISIO

Clinico Geral - Dermatologia - Endocrinologia - Fisioterapia - Nutrição - Ortopedia - Fonoaudiologia - Psicologia
Pilates - Ginecologia - Cardiologia - Geriatria - Pediatria - Angiologia - Psiquiatria - Acupuntura - Teste da
Orelhinha - Audiometria - Exames Laboratoriais

Jessica Barbara Dutra

Fisioterapeuta ambroso Dutra

Fisioterapeuta

30/12/2018

Prontidão para trabalho manual

nos tratamentos conservadores de fratura
de clavícula

30/12/18

ASSINATURA

Rua General João Varela, 1148 - Ceará Mirim - RN - CEP 59570-000

Tel: 3274 2211 - medcearamirim@hotmail.com - www.medfisioclinica.com.br

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu ERIC TORQUATO NOGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.387.934-12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JESSICLA BARBOSA DUTRA inscrito(a) no CPF sob o Nº 104.252.564-13, do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima JESSICLA BARBOSA DUTRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.252.564-13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

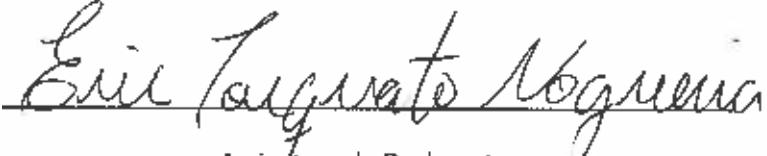
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

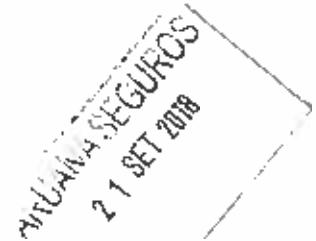
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Avenida Duque de Caxias		Número: 90A	Complemento
Bairro: Ribeira	Cidade: Natal	Estado: RN	CEP: 59012-200
Email: erictorquato@hotmail.com	Telefone comercial DDD} (84) 98711-5930	Telefone celular (DDD)	

Natal, 06 de setembro de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Jose Francinildo Pimentel Freire
RG nº 1.754.236 data _____ de
expedição 19/04/2018, Órgão ITEP portador(a) do
CPF nº 029.262.794-77, com domicílio na cidade
de Touros, no Estado RN, onde
resido _____ na
(Rua/Avenida/Estrada) Povoado de Santa Luzia, Município de
Touros-RN, nº 03 complemento Zona Rural
_____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Jessicla Barbosa Dutra, cujo
condutor era Julyo Cesar Costa Ferreira de Lima

Veículo: Honda/NXR150 BROS ESD



Modelo: Honda/NXR150 BROS ESD

Ano: 2009

Placa: NNQ-7326

Chassi: 9G2KD04109R016707

Reconheço e Firma de Jose Francinildo Pimentel Freire e Julyo Cesar Costa Ferreira de Lima -x-
Por Autenticidade do que das Fa Coara-Mirim-RN 19 JUL 2018
Em Testem Julyo Cesar Costa Ferreira de Lima -x-
Julyo Cesar Costa Ferreira de Lima

Data do acidente: 08/10/2017

Local e data: Ceará-Mirim, 19 de julho de 2018



Jose Francinildo Pimentel Freire
Assinatura do Declarante



Julyo Cesar Costa Ferreira de Lima

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. 27 de Março, S/N - Centro - Touros/RN
Fone: (84) 3263-2243 - Fax: 3263-2300
CEP: 59.584-000 - CNPJ: 08.234.155/0001-02



FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE <i>UBS Santa Ifigênia</i>	ESPECIALIDADE <i>ORTOPEDIA</i>		
NOME DO PACIENTE <i>Jessica Barbosa Grelis</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>01/11/95</i>		
NOME DA MÃE			
ENDERECO <i>R. Boavista s/n, Santo Antônio</i>			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M () <input type="checkbox"/> F ()	CPF	IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE).

*Paciente sofreu queda de moto
e apresenta um clávicle direito P/7
adutor.*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID <i>846.860</i>	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO <i>Touros 09/01/18</i>	MÉDICO SOLICITANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO) <i>[Assinatura]</i>	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE:	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHADO PARA DR.	DIA	HORA

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE	UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE
DIAGNÓSTICO	CID
CONDUTA ADOTADA	
MÉDICO EXECUTANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA



D

AVIANA SEGUROS

21 SET 2018

C. Paciente: 48-63 Data Exame: 08/01/2017 - 9:33:45

Paciente: JESSICA BARBOSA DUTRA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: VANILDO
idade: 2' arc(s) Cl.AV.GU.LA.AP
Tam. real

AV. SENADOR SALGADO FILHO, 59 - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL.: (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 48163 /2017
Admissão: 08/10/2017 18:54:50



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 42748 - JESSICLA BARBOSA DUTRA (21 a 11 m 7 d)

Nascimento: 01/11/1995 Natural: TOUROS.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF:

Prof:

Mãe: IRANILDA BARBOSA DO NASCIMENTO

Pai:

Logradouro: SANTA LUZIA, 1

CEP: 59584000 Bairro: TOUROS

Cidade: TOUROS

Telefone: 84.98919592

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 08/10/2017 18:46:41

HORA	P.A.	HGT	CONTEÚDO COM ORIGEM	R.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	GTS
10x10			CONT. 08/10/2017 18:46:41 NATAL MAT. N.	30	II+	35	15	0
								-
								X

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: Ac de moto / trauma na clavícula D + escoriações no MSID

Hora: _____

Vtio de ciclone de terra, mas grande, ego bateu e caiu
Traumatizado STMV e gota líquida, cld
(Hegos brancos vermelhos)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A V.A Pére, tuberculose

B V.A. Alterada

C Pulso cheio F.C.: 73,0

D ECG: 15

E Tm, negativo para TB D + escoriações no MSID

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome restringido

Órgão Hospitalar de Epidemiologia

Cervical sem dor. Rito colar

08/10/17

e

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Peltria

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO É A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITERIOSA DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA NÃO APENAS TOQUE.

A
B
C
D
EA (ALERGIAS): Nega

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATHOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): Dengue

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RX Tórax APRX Abdome P AP Verdadeiro.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT-0,5 e, 1M

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ARIANA SEGUROS21 SET 2018

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>19:30</u>	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

Médico (Carimbo)

Desfcar nessa fita e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica

À Revelia

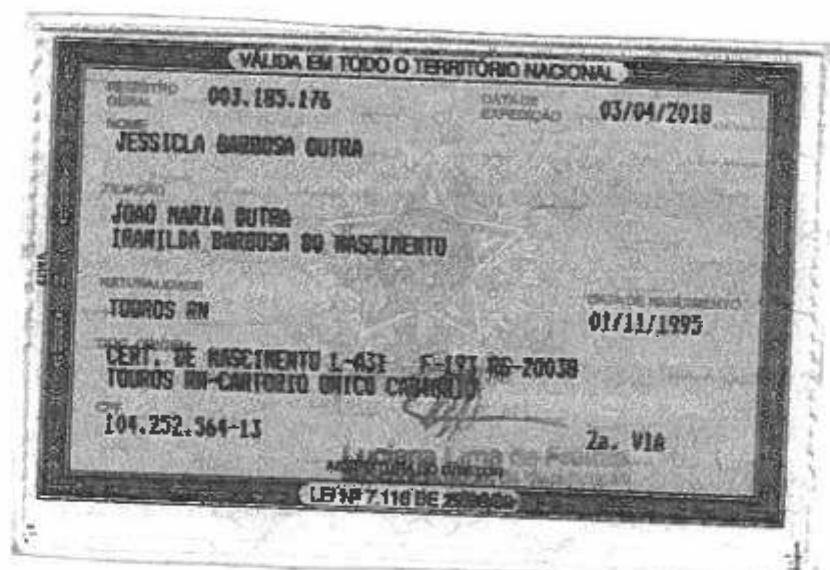
Transferido para:

ÓBITO:

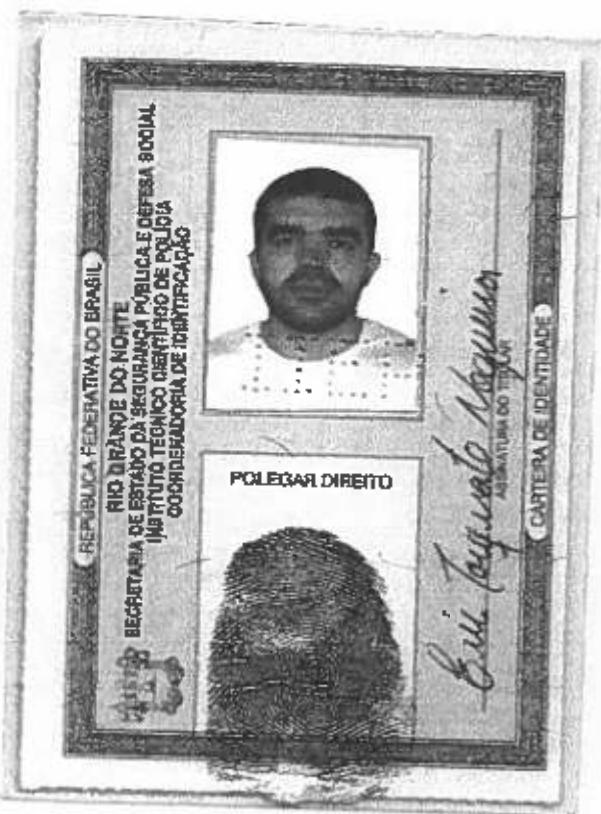
DATA: / /

HORA:

DESTACAR



ARQUAIS SEGUROS
21 SET 2018



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO ESTADUAL NOME	008.383.071
DATA DE EXPEDIÇÃO 09/03/2012	
ERIC TORQUATO NOGUEIRA	
CONSTANTINO FRANCISCO NOGUEIRA	
EDMIR JUNES TORQUATO NOGUEIRA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
LUIS GOMES RN	07/04/1984
DOC. OFICIAL	CERT. DE NASCIMENTO L-A-10 F-139 RG-9289
OFF	LJTS GOMES RN-2 CARTÓRIO
061.387.834-12	
1a. VIA	
LEMBRE-SE DE RECUPERAR	
Sub-Coordenadoria de Identificação	
ITEP-RN	

ARQUIVA SEGUROS!
21 SET 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO E DIRETORIA GERAL DE REGISTRO CIVIL, ESTADUAL, MUNICIPAL E FEDERATIVO

Nº 013702809677 - CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO E RECENDIMENTO DE VEÍCULO

DETINHO, M. S. - 000 NEGRÃO
0015331742 - 2018

JOSÉ VANDERLINDO PINTORINI - 00000000000000000000

029.262.794-77 - RN07338

RN07327/17 - 001533109016707

FASE INICIAL/NOVO/USADO/USADO ANTICATIVA - GASOLINA

HONDA/XRE150 BRROS ESD - ANO/FIJ. 2009

OCV/148 CALINDRAZAM - CATEGORIA: P

PARTICULAR - DATA DE CADASTRO: 08/06/2018

16 - D.00 - 01/06/2018 - 01 PAGO

17 - D.00 - 01/06/2018 - 02 PAGO

18 - D.00 - 01/06/2018 - 03 PAGO

19 - D.00 - 01/06/2018 - 04 PAGO

20 - D.00 - 01/06/2018 - 05 PAGO

21 - D.00 - 01/06/2018 - 06 PAGO

22 - D.00 - 01/06/2018 - 07 PAGO

23 - D.00 - 01/06/2018 - 08 PAGO

24 - D.00 - 01/06/2018 - 09 PAGO

RN N° 013702809677 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, IDIA NO YERBO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.segurodpvarturbo.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1200

EXPIRAÇÃO	DATA EMISSÃO
2018	30/05/2018
PLACA	NNG7326
CPF / CNPJ	029.262.794-77
MARCA / MODELO	HONDA/XRE150 BRROS ESD
NR. CHASSI	9C2K004109R016707
ANO/FIJ.	2009
ANO/FIJ. DE REGISTRO	8
PRÉMIO TARIFÁRIO	
DATA DE PAGAMENTO	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	
PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO
COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/>
DATA DEQUITAÇÃO	

SEGURADOR/A LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.246.909/0001-44

2018-002

EDENFERRA

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

EDENFERRA

Franquia Banco do Brasil
Banco do Brasil
BANCO DO BRASIL

30/05/2018

IDENTIFICAÇÃO

TITIA JESSICLA BARROSO DutraNÚMERO DO ACIDENTE 08/10/17 CPF DA VÍTIMA 104.252.564-13PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Eric Tavares SouzaJALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA() REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARÂMETRO COMVÍTIMA É ProcuradorIDEREÇO DO PORTADOR Av. Dom Helder de FariaQ.º A COMPLEMENTAR Bairro PilaresDADE União UF RJ CEP 26320-000MAIL eric.tavares@rotomail.com.brTELEFONE (84) 982411-5130DATA DE GUARDA 11/09/2018MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)() NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATORIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DE DEFINITIVA() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)() DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

() MORTE = R\$ 15.500,00() INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.() DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.() O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA() COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO() PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA() RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA() DATA 01/09/2018 / ID 003 393 072 / NOME Priscila Souza / ASSINATURA [Assinatura]

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JESSICLA BARBOSA DUTRA, brasileiro, solteira, autônoma, inscrita no CPF/MF sob o nº 104.252.564-13, portadora da cédula de identidade nº 3.185.176 SSP/RN, residente e domiciliada na Rua Boa Vista, nº 8493, Santa Luzia, CEP: 59584-000, Touros/RN.

OUTORGADO: ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN, com endereço profissional situado à Avenida Duque de Caxias, 90A, Ribeira, Natai/RN, CEP: 59012-200.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Touros/RN, 18 de julho de 2018.



Jessicla Barbosa Dutra

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**



Reconheço a Firma de JESSICLA
Barbosa Dutra
X X X X X X X X
Por Autenticidade do que dou Fé
Ceará Minn-RN 19 JUL 2018
Em Testem



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348308/18

Vítima: JESSICLA BARBOSA DUTRA

CPF: 104.252.564-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/10/2017

Titular do CPF: JESSICLA BARBOSA DUTRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERIC TORQUATO NOGUEIRA : 061.387.934-12

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JESSICLA BARBOSA DUTRA : 104.252.564-13

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 21/09/2018
Nome: ERIC TORQUATO NOGUEIRA
CPF: 061.387.934-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05

ERIC TORQUATO NOGUEIRA

PRISCILA FLORENCIO DA SILVA