

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

Carta nº 13399860



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 OSTEOMIOARTICULAR 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

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

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

JESSICA BARBOSA DUTRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JESSICA 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	CEP 59584-000
Email Mãe enfermeira			Telefone (DDD) (84) 98711-5930

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRD. 1069	CONTA NRD. 84776	AGÊNCIA NRD. 4	CONTA NRD. 4
(informar dígito se existir)	(informar dígito se existir)	(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Natal/RN, 18 de julho de 2018.

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

Jessica Barbosa Dutra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGUROS
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
1.2 Data de Expedição: 18/07/2018 15:10:22
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/10/2017 15:30:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: RN-064
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.13 Cidade: CEARÁ-MIRIM
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JULYO CÉSAR COSTA FERREIRA DE LIMA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: JOÃO BATISTA FERREIRA DE LIMA
3.5 Etnia: Sem Informação
3.6 Mãe: MARIA APARECIDA CAVALCANTE COSTA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 10653199406
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 22/07/1998
3.13 Profissão: AUTONOMO
3.14 RG: 3074312 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 994309050
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 108
3.18 Nacionalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: SÃO GERALDO
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA VITÓRIA REGIA
3.23 Cidade: CEARÁ-MIRIM
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA
4.2.1 Nome Completo: JESSICA BARBOSA DUTRA
4.2.2 Estado civil: Solteiro(a)
4.2.3 Nome Social:
4.2.4 Pai: JOAO MARIA DUTRA
4.2.5 Mãe: IRANILDA BARBOSA DO NASCIMENTO
4.2.6 Orientação Sexual:
4.2.7 Etnia: Sem Informação
4.2.8 Sexo: FEMININO
4.2.9 Data de Nascimento: 01/11/1995
4.2.10 CPF: 10425256413
4.2.11 RG: 3165176
4.2.12 Nacionalidade:
4.2.13 Profissão: AUTONOMA
4.2.14 Passaporte:
4.2.15 Logradouro: RUA BOA VISTA
4.2.16 E-Mail:
4.2.17 Número: 08
4.2.18 CEP:
4.2.19 Bairro: SANTA LUZIA DE TOUROS
4.2.20 Cidade: TOUROS
4.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 9C2KD04109RD16707
7.1.4 Renavam: 00163337462
7.1.5 Placa: NNQ7326
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ESD
7.1.9 Ano do Modelo: 2009
7.1.10 Ano de Fabricação: 2009
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE FRACINILDO PIMENTEL FREIRE
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA D.P.P. PARA NOS INFORMAR QUE SEGUIA DE MOTO PELA RN-064 EM DIREÇÃO A SANTA LUZIA DE TOUROS JUNTAMENTE COM SUA NAMORADA JESSICA 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 WILFREDO GURGEL, SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NO COTOVELO E PÉ, UMA LESÃO NO JOELHO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE A PESSOA DE JESSICA BARBOSA DUTRA TEVE FRATURA NA CLAVÍCULA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, QUE O DECLARANTE PILOTAVA A MOTO ACIMA CITADA E QUE JESSICA BARBOSA DUTRA VINHA DE CARONA, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

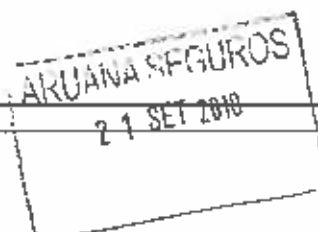
11. DECLARAÇÃO

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

Data 18/07/2018 15:10:22

Policial

Interessado





Polegar direito

Atendimento: 1652001 - CAIO GRACÓ VARELA DO NASCIMENTO

Impresso por: 1652001 - CAIO GRACÓ 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

ARTIANE SEGUROS
21 SET 2018

Rt 1A BOX VISTA 8493

SANTA LUCIA/AREA RURAL
TOUROS RN
52584-000

CONTRA CONTABILIZADO	Intervenido
03/79202012	06/2018
DATA DO REGISTRO	DATA DO REGISTRO DO CONTRATO
26/08/2018	18/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	157.86

008180840	CHCA	19/08/2018
18/08/2018	3000173579	1531600

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL (R\$)
Consumo Água até 30 kWh	30,00000000	R\$ 308,40654	9.252,19
Consumo Água superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	R\$ 35,888084	2.512,17
Consumo Água superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	R\$ 5,2841141	634,09
Consumo Água superior a 220 kWh	42,00000000	R\$ 5,6630156	237,94
Acrescimo Bandeira AVALIA			1,05
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,78
Contribuição Iluminação Pública			14,00
ICMS-Parcela Subvenção			1,91
Multa por atraso-RE 005303337 - 18/04/18			2,10
Juros por atraso-RE 005303337 - 13/04/18			1,25
Atualização ICMS-RE 005303337 - 18/04/18			1,91

União L. B. S. de Freitas
Gerente de Assinamento AFEE
Mat. 145.328-0

TOTAL DA FATURA: R\$ 157,80

A# DO MEMORIAL	TPO DO FORMAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE SOLIS	COMPRIMENTO	ALARGUE	CONSUMO (M³)
		EXIST.	EXISTENCIA	EXIST.	EXISTENCIA				
EDIMON	CAS	AF-20-2018	49 29 00	18 16 30 00	46 23 00	33	1,0000		361,00

Sistema ACS 4000		Sistema ACS 4000		Sistema ACS 4000		Sistema ACS 4000	
Modelo	Preço	Modelo	Preço	Modelo	Preço	Modelo	Preço
ACS 10	250	ACS 10	250	ACS 10	250	ACS 10	250
ACS 15	300	ACS 15	300	ACS 15	300	ACS 15	300
ACS 20	350	ACS 20	350	ACS 20	350	ACS 20	350
ACS 25	400	ACS 25	400	ACS 25	400	ACS 25	400
ACS 30	450	ACS 30	450	ACS 30	450	ACS 30	450
ACS 35	500	ACS 35	500	ACS 35	500	ACS 35	500
ACS 40	550	ACS 40	550	ACS 40	550	ACS 40	550
ACS 45	600	ACS 45	600	ACS 45	600	ACS 45	600
ACS 50	650	ACS 50	650	ACS 50	650	ACS 50	650
ACS 55	700	ACS 55	700	ACS 55	700	ACS 55	700
ACS 60	750	ACS 60	750	ACS 60	750	ACS 60	750
ACS 65	800	ACS 65	800	ACS 65	800	ACS 65	800
ACS 70	850	ACS 70	850	ACS 70	850	ACS 70	850
ACS 75	900	ACS 75	900	ACS 75	900	ACS 75	900
ACS 80	950	ACS 80	950	ACS 80	950	ACS 80	950
ACS 85	1000	ACS 85	1000	ACS 85	1000	ACS 85	1000
ACS 90	1050	ACS 90	1050	ACS 90	1050	ACS 90	1050
ACS 95	1100	ACS 95	1100	ACS 95	1100	ACS 95	1100
ACS 100	1150	ACS 100	1150	ACS 100	1150	ACS 100	1150

[illegible]

ANEXO A A CONHECER OS CUSTOS QUE VOCÊ PODE TER COM SEU IMPLANTO					
Componentes de custos de implantação de sistemas de saúde - 2004 (em milhares de R\$)					
Valor 2004 R\$	De retorno 1994-99	Valor 1994-99	Valor fixo	Operacional	Total
1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

CÓDIGO CONTRATO	MÉTODO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
037520701	URV 2018	28/05/2018	157,86

93850000001 578600.8400-2 37920201220-8 01288425713-2

ANUARIA SEGUROS
27 SET 2018

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Ipiranga, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
(51) 324.1940/301-41 | fax: (51) 324.1940-0 | www.cern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ERIC TORQUATO NOGUEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV DUQUE DE CAXIAS 90 A

CPF 061 387 934-12

RIBEIRAVARIA URBANA
NATAL RN
59012-200

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
TINOCO

REFUGEE STATUS	RECEIVED	RECEIVED
011203028	UNCA	210002018
210002018	3017433047	0118283


CONTINUTIVO	7013765806	08/2018
DATA DE EMISSÃO	28/09/2018	21/09/2018
TOTAL A PAGAR		78,96

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Abastecimento	100,0000000	0,64372408	64,37
Acabamento Bandeira VERMELHA			6,69
Contribuição Iluminação Pública			7,96

TOTAL DA FATURA

7A 93

Nº DO VEICULO	TIPO DE PLACAGEM	ANTERIOR		ATUAL		DIFERENÇA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KM/L)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
204000000	CAS	26-07-2016	7.657,56	21-08-2016	7.116,39	541	1.20000		78,58
204000000	ORT	26-07-2016	1.620,50	21-08-2016	1.598,08	22	1.20000		76,29

Miles/hour 29-6				
AUG 76 100		RATE OF CUMULATIVE	%	MILES CO IMPORTED
JAN 68	INCR	71.04	18.00	+2.78
JUN 68	PR	71.00	1.30	0.94
MAY 69	CORR	71.55	0.55	-0.23
AUG 69				
SEPT 68				
FEB 68				
JUNE 68				
OCT 67				
NOV 67				
OUT 67				
SET 67				
AUG 67				

Four additional entries are found
 - Cuyahoga County residents,
 August 67, from a city north
 of Akron

Cumulative Rate/Hourly

9-200000000

D=32 DGF 7 4600 7763 8521 1ABT 8813 3400

[illegible]

						<p> 1-1</p>
--	--	--	--	--	--	---

COUNTY CONTRACT	MONTH	DATE OF MONTH END	TOTAL A PAGAR (R\$)
7013755006	09/2016	20/09/2016	78,98

83890000000-5 78860038407-8 01376590620-3 D4804824453-6



ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

MULTIFARMAS DO BRASIL E MEDICAMENTOS LTDA -
FARMACIAS DO BRASIL S.A. - RJ

GDP: 3 400 452 0027

E 249

RUA PETER FETTER, JUDGE AMERSON
111 EIGHTH, BOSTON - NEW

$$Df(x) = \begin{pmatrix} 1 & 0 & 0 \\ 0 & 1 & 0 \\ 0 & 0 & 1 \end{pmatrix} \quad \text{for } x \in \mathbb{R}^3 \text{ with } |x| < 1.$$

2002 Defining and Implementing the United Nations ICMS

በፍጥነት የሚፈጸም ሲሆን፣

ME: 549 192 143

 $\text{Pr}(\text{COI}) = 0.25$ [illegible]

DE 11/645

Dacheng 11

US\$

VALIGN TOP;A2,R1

9.5g

१६३०

2000 10000

104

OPERADOR: JHS - CLAUDIO ESTEVAN DE LIMA
VENDEDOR: JHS - JHS

VERDUGO, JUAN - ALUMNO DE GRADUADO [DE SU PAIS]

for 15. The 32 mmol/l concentration was used for the 15 min test.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd

1. $\mathbb{C} \otimes \mathbb{C} \cong \mathbb{C} \oplus \mathbb{C}$ as \mathbb{C} -algebras.

2006年12月14日 14:53:34

via 100 mg/kg/day:

Conyia et al. *Cell Tissue Res* 2006, 304:125

4369E 1.7 647550

2417 10/13/14 02:00 2/3d 5000 10.0 6375.0

Practical de Gaulle, 4251701327 au 5271177

[illegible]

CLUB NDE FIDELITY OF FIDELITY

© 2015 Wiley Periodicals, Inc.



ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

Recibo

Nº

R\$

500,00

Receb. do(s) Sr.(s) Jessiele Barbosa Dutra
Endereço Rua João Teodoro de Souza, 208 Santa Luzia
de Lourdes - BA

a importância supra de R\$ quinhentos reais

referente 20 sessões de fisioterapia domiciliar
no valor de

pelo que para maior clareza firmo o presente

EMITENTE

Arana Silva do N. Paiz

ENDEREÇO

Rua Manoel Nere, 360 Centro

CNPJ / CPF / RG

092.163.274

LOCAL E DATA

Recife - PE 04.01.18

Q&A/SET

OBSERVAÇÕES

20 dias de atendimento20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30 de
Dezembro 2017 e 3 e 4 de Janeiro
2018.

ASSINATURA

Fisioterapia
Arana Silva do N. Paiz
CPF: 233.159-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: Sermina Barbosa

Dadna

End.: Santa Cruz

R/ uso externo

① Sulfadiazina
de prote atb

Aplicar na área
operada 3x/dia

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

Touros/RN 09, 10, 17

Dr. José Carlos B. B. Araújo
CRM 6645



MEDFÍSIO

CLÍNICA MÉDICA E FISIOTERAPIA

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: *ombro direito*

ADM + Analgesia

10 Sessões

Indicação Clínica: *Instabilidade funcional*

*por tratamento conservador de fratura
de clavícula*

10/12/18

ASSINATURA

Rodrigo B. Gatti
Ortopedia e Traumatologia
CRM 104.3284

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

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



MEDFÍSIO

CLÍNICA DE FISIOTERAPIA, ORTOPEDIA E FONOaudiologia

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

Junia Barbosa Dutra

Salvo:

*Raio-x da clavícula D
AR*

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

FE:

Controle da fratura

03/11/12

Rodrigo S. Braga
Ortopedia e Traumatologia
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 Walfrado Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME Jessica A. Silva

Uso Oral

① Motex. A - 1 cx
fever. 36 eloh
SINA

ARLIANA SEGUROS
21 SET 2018

DATA 08/10/17

*Guilherme M. Soares
Médico - Farmacêutico
CRM 10.101.000-7*

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE

PILOTE SEMPRE COM CAPACETE.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE EVITE ÁGUA PARADA.

010.019.107.040

Este documento é emitido pelo Sistema de Saúde Pública e serve em situações de emergência. Não é válido para fins de controle de acesso a serviços de saúde. O uso indevido deste documento é considerado crime e será punido de acordo com a legislação vigente.



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

ENDEREÇO

A IMPORTÂNCIA DE

cento e trinta reais

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

REFERENTE A

consulta c/ ortopedia

Ceará-Mirim/RN 02 / 11 / 17

ASSINATURA

Romão B. Braga



MEDFISIO

CLINICA MÉDICA E FISIOTERAPIA

Rua General João Varela, 1148. Ceará Mirim

3274-2211

Recibo

VALOR R\$

130,00

RECEBI (EMOS) DE

Jéssica Barbosa Dutra

ENDEREÇO

A IMPORTÂNCIA DE

cento e trinta reais

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

REFERENTE A

consulta e/ordenação

Ceará-Mirim/RN

18 / 10 / 17

ASSINATURA

Rafaela B. Braga
Ortopedia e Traumatologia
Ceará-Mirim



MEDFISIO

ARUANA SEGUROS

21 SET 2018

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

Jessica Barbara Dutra

SOLICITAÇÃO

Fisioterapia para ambos membros

ACÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

1º FASE

1º FASE - Tratamento personalizado

para tratamento conservador de fraturas
de clavícula

10/12/18

ASSINATURA

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

Tel: 3274 2211 - medcearimirim@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 resseguro.

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 nº9.613/98.

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

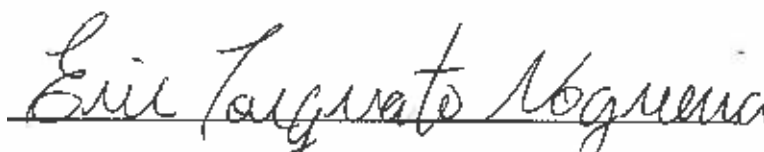
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

ATUAM SEGUROS
21 SET 2018

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, Municipio 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: 9C2KDO4109R016707

Data do acidente: 08/10/2017

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



Reconheço e Firma de Jose Francinildo
Pimentel Freire e Julyo Cesar
Costa Ferreira de Lima - x
Por Autenticidade do que dos Fe
Ceará-Mirim-RN, 19 JUL 2018
Em Testes [assinatura]



Jose Francinildo Pimentel Freire
Assinatura do Declarante



Julyo Cesar C. S. 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 UBS SANTA LUZIA		ESPECIALIDADE ORTOPEDIA	
NOME DO PACIENTE Jeremias Barbosa Melo		DATA DE NASCIMENTO 01.11.95	
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO R. Boa Vista, s/n, Santa Cruz			
SEXO M () 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
afetando o membro superior direito p/**
adução.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID S80.0	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO Touros 09/01/17	MÉDICO SOLICITANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO) [Assinatura]	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

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

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA
RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ARUANA SEGUROS
21 SET 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO

D



Paciente: 48763

Data Exame: 08/01/2017 19:03:45

Paciente: JESSICA BARBOSA DUTRA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: VAN LDO

Idade: 21 ano(s)

CLAVICULA AP

Tam. real

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

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



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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	CONF. COM ORIGINAL	R.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	PTS
	120x80		CONF. COM ORIGINAL	20	117		15	
			NATAL					
			MAT. Nº					
			SAME					
			04					

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

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

Hora: _____

Vitória de acidente de carro, uma grande, ego bravo e violento
Tranquilizado SAMU e socorro rápido, com
Hosp. de emergência

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A V.A. 120x80, color. normal

B M.D. 120x80

C Pulso cheio F.C.: 72

D ECG 15

E Dor, região clavícula D + escoriações no MSID

ARIANA SEGUROS

21 SET 2018

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Alto reatamento
Cervical sem dor - Pulso color

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

08/10/17

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Pulso

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS, VELA, NÃO APENAS OLHE, OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE, SINTA, NÃO APENAS TOQUE.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Não

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Dendentes

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Rx Tórax AP

Rx Clavícula AP Verdadeira.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

VAT-0,5 L, 1 M

[Assinatura]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ARLIANA SEGUROS

21 SET 2018

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

Ortopedia

HORA:

19:30

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. ☐

ARLIANA SEGUROS

I.T.E.P. ☐

21 SET 2018

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha 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:

FOLHETO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM TRATAMENTO ESPECIALIZADO EM CLÍNICA DE ESPECIALIDADE EM SERVIÇO SOCIAL E NOVA DOE

DESTACAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO-II



POLEGAR DIREITO



Jessica Barbosa Dutra

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 003.185.176

DATA DE EMISSÃO 03/04/2018

NOME JESSICA BARBOSA OUTRA

PRENOME JOAO MARIA OUTRA

IRANILDA BARBOSA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE TODOS RN

DATA DE NASCIMENTO 01/11/1993

CERT. DE NASCIMENTO 1-431 F-193 RG-20038

TODOS RN-CARTÃO ÚNICO CADASTRO

CPF 104.252.364-13


2a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 2006


ARTIANO SEGUROS

21 SET 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



Eric Torquato Nogueira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 008.393.071 DATA DE
EXPEDICAO 07/03/2012

NOME
ERIC TORQUATO NOGUEIRA

ALIAÇÃO
CONSTANTINO FRANCISCO NOGUEIRA

NOME NUNES TORQUATO NOGUEIRA

NATURALIDADE
LUIZ GOMES RN DATA DE NASCIMENTO
07/04/1984

DIG. OFFICIAL
CERT. DE NASCIMENTO L-A-10 F-139 RG-9280

CPF
061.367.934-13

1a. VIA

ASSINATURA DO TITULAR
LEANDRO ALVES RODRIGUES
Sub-Coordenador de Identificação
ITEP-RN

ANUARIA SEGUROS
21 SET 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN Nº 013702809677
CERTIFICADO DE REGISTRO E ENCAMIAMENTO DE VEÍCULO

1 0016331762 2018

JOSE FRANCISCO FIDELIS 2018

029.262.794-77
RNQ7326/2018

0016331762
RNQ7326/2018

029.262.794-77
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

0016331762
RNQ7326

RN Nº 013702809677 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 30/05/2018

1 029.262.794-77 PLACA RNQ7326

0016331762 HONDA/NXR150 BROS ESD

2009 9 9C2K004109R016707

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.603/0001-04

DATA DE OUTRORAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

TITIMA JESSICA BARGOSA DUTRA
 DATA DO ACIDENTE 08/10/17 CPF DA VÍTIMA 104.252.564-13
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Eric Torquato Mogueira
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM VÍTIMA É Procurador
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Duque de Caxias
 Nº 90A COMPLEMENTO — BAIRRO Ribeirão
 DADO Matal UF RN CEP 59122-200
 MAIL eric.torquato@krotmail.com TELEFONE (84) 98711-5930

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • 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 (REEMBOLSO). 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 22/04/2018
 IDENTIDADE 003 393 1071
 ASSINATURA Eric Torquato

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 22/10/2018
 NOME Priscila Almeida
 ASSINATURA Priscila Almeida

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, Natal/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 JESSICA BARBOSA DUTRA
Por Autenticidade do que dou Fe
Ceará-Mirim-RN, 19 JUL 2018
Em Teste



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348308/18

Vítima: JESSICLA BARBOSA DUTRA

CPF: 104.252.564-13

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/10/2017

Titular do CPF: JESSICLA BARBOSA DUTRA

CPF de: Próprio

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, tomando 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