



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10373443

A/C: JOSENILDO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170039825 ASL-0016003/17
Vitima: JOSENILDO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: REINALDO GALVAO FREIRE

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 a 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 ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10405215

A/C: JOSENILDO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170039825 ASL-0016003/17
Vitima: JOSENILDO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: REINALDO GALVAO FREIRE

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



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, JOSEMILDO FERREIRA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 1.968.071EXPEDIDO POR ITEPIANEM 13 / 06 / 1998 ECPF 010391544-33 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSEMILDO FERREIRA 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com depósito comprovatório 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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo 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) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35229-2

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.

Pomocinin PW, 13 de fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

e Josemildo Ferreira 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.



ARUANA SEGUROS
20 SET 2016



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: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016023005547
1.2 Data de Expedição: 15/09/2016 09.56.48
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 22/08/2016 07.30.00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.4 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: RUA PEDRO BEZERRA FILHO
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência: PADARIA NORDESTE
2.12 Bairro: SANTOS REIS
2.13 Cidade: PARNAMIRIM
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSENILDO FERREIRA DA SILVA
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Etnia: Parda
3.4 Pai: ANTONIO FERREIRA DA SILVA
3.5 Mãe: DULCE RAIMUNDA DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 25/02/1979
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 RG: 1968071
3.9 CPF:
3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Naturalidade: BARCELONA/RN
3.13 Profissão: VIGIA
3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s): 84 987628842
3.16 Logradouro: RUA PIRES DE CAMPO
3.17 Número: 465
3.18 CEP:
3.19 Bairro: SANTOS REIS
3.20 Cidade: PARNAMIRIM
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

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) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

DECLARA QUE ESTAVA NA GARUPA DA SUA MOTOCICLETA HONDA/CG 150FAN ESI DE COR CINZA ANO 2010 DE PLACA NNN3582/RN, E RENAVAM 00201096331, NA QUAL QUEM ESTAVA PILOTANDO ERA PAUL NA QUAL UMA PESSOA EM UMA BICICLETA ENTROU NA FRENTE DA MOTOCICLETA TENDO O CONDUTOR DA MOTO PERDIDO O CONTROLE E CAÍDO COM A MOTO NA QUAL O DECLARANTE FOI LESIONADO NO OMBRO ESQUERDO TENDO SIDO SOCORRIDO PARA A UPA EM NOVA ESPERANÇA/PARNAMIRIM PELA PESSOA DE LENILDA CARDOSO NEVES DA ROCHA DE RG.837910 SSP/RN. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO O BO.

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 15/09/2016 09.56.48

DOCUMENTO 1 *T1%*



Policial

Interessado



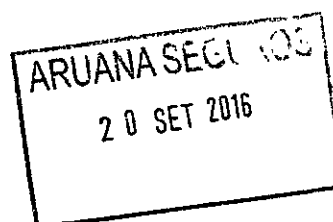
Polegar direito

Atendimento: 1690949 - JUDSON GOMES DA SILVA

Impresso por: 1690949 - JUDSON GOMES DA SILVA em 15/09/2016 09:56:54

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2016023005547



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Genildo Ferreira da Silva, portador da carteira de identidade nº 1968.011 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010.391.544-33, residente e domiciliado na R. Pires de Campos - 465 A Santa Rêis, Cidade Panamirim, Estado RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T3%*

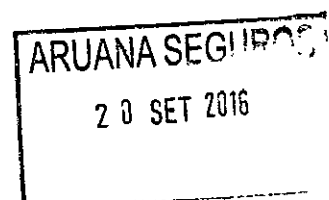


Genildo Ferreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Panamirim RN 13 de Setembro de 2016

Local e data



BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA

Número do Atendimento 6498	Registro 15466	Data do Atendimento 22/08/2016	Hora do Atendimento (Entrada) 08:45
-------------------------------	-------------------	-----------------------------------	--

DADOS CADASTRAIS

Nome do Paciente JOSENILDO FERREIRA DA SILVA	Sexo M	Data de Nascimento 25/02/1979	Idade 37
Nome da mãe DULCE RAIMUNDA DA SILVA	Estado Civil Solteiro	Telefone () 8762-8842	
Doc. Identificação (nº) 1968071	Tipo RG	CNS 162378121140009	
Endereço(Rua) R. PIREZ DE CAMPOS, 435	Número	Complemento	
Bairro SANTOS REIS	Cidade PARNAMIRIM	Estado RN	CEP

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

HORA	SSV	SCORE DE GLASGOW
VERMELHO	PA 130x80	1 A 3 ☐
LARANJA	FC 79 bpm	4 A 8 ☐
VERDE	FR	9 A 12 ☐
AZUL	TEMP	13 A 15 ☒

ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE ALERTA

DISPNEIA ()	SINCOPE/DESMAIO ()	AGITAÇÃO PSICOMOTORA ()
CIANOSE ()	SUDORESE ()	PLOTRAUMATIZADO ()
PELE FRIA ()	VÔMITO ()	DOENÇA OU ACIDENTE TRABALH ()
PALIDEZ ()	CONVULSÃO ()	APARENTEMENTE BEM ()

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA - CAUSA EFICIENTE DE LESÃO (REFERIDA)

Queda de moto há 1 hora após cair em direção ao
Barbano (E)

DOCUMENTO 2 *T2%*



EXAME - LESÃO OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

EXAME FÍSICO:
EXAME DE NEUROLOGIA:
EXAME DE ORTODONTIA:
EXAME DE ODONTOLOGIA:
EXAME DE OTOLOGIA:
EXAME DE OFTALMOLOGIA:
EXAME DE OTO-RINOLARINGOLOGIA:
EXAME DE GINECOLOGIA:
EXAME DE PEDIATRIA:
EXAME DE PSICOPEDAGOGIA:
EXAME DE PSICOLOGIA:
EXAME DE PSICOMOTRICIDADE:
EXAME DE PSICOPEDAGOGIA:
EXAME DE PSICOLOGIA:
EXAME DE PSICOMOTRICIDADE:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

CONDUTA

ARUANA S.

20 SET 2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1- Dipirona - 01 Amp + Abc. EV. 2- Voltaren - 01 Amp. IV 3- 4% - 500ml, EV, de 12h Dr. Italo Aurélio P. Leite Médico CRM-RN 348.074	08:24	Adalberto Machado Lopes Rec. de Enfermagem COREN-RN 681.004

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
Refer: acidente com motocicleta há ± 01 hora com dor no ombro e restrição de movimentos do M.S.E. Neg. comorbidades e alergia medicamentosa. Assinatura de Orlana e Araújo Enfermeira COREN-RN 348.074

DESTINO DO PACIENTE			
OBSERVAÇÃO	REMOVIDO PARA	HORA	H
LIBERADO AS			
RETIROU-SE POR: DESISÃO MÉDICA		ÓBITO EM	/ /
À PEDIDO		ENTREGUE À:	
À REVELIA			
DATA 22/08/16 às 12:00 h		FAMÍLIA	
		IML:	

Dr. Italo Aurélio P. Leite
Médico
CRM-RN 348.074

Médico - Carimbo



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josénildo Ferreira da Silva

RG nº 1.968.071, data de expedição 13 / 06 / 1998 Órgão STCE/RN,

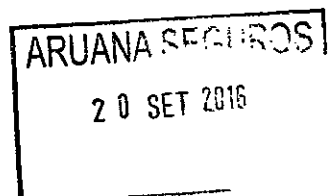
CPF nº 010.391.544-33, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Pires de Campos</u>
Número	<u>465 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santos Reis</u>
Cidade	<u>Parnamirim</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.241-140</u>
Telefone de Contato	<u>98462-8842</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parnamirim RN 13 de setembro de 2016

Assinatura do Declarante: Josénildo Ferreira da Silva





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELETTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ROSANGELA GALVAO FREIRE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PIRES DE CAMPOS 425 A

CPF: 010 556 444-31 NIS: 16564112018

SANTOS REIS/FEIA URBANA
PARANIRIM/RN
59141-140

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO 10856894100 MÊS/ANO 08/2016
DATA DE VENCIMENTO 25/08/2016 DATA PREVISTA PROXIMA LETURA 19/09/2016
TOTAL A PAGAR (R\$) 48,11

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000949463	ÚNICA	15/08/2016

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/08/2016	3001015566	1548358

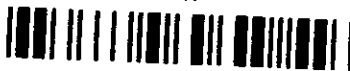
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,18399350	5,51
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,31541743	22,07
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	12,00000000	0,47312615	5,67
Contribuição Iluminação Pública			3,78
Parcela 4/4 Plano 848000355016			6,34
ICMS-Parcela Subvencionada			4,76

TOTAL DA FATURA 48,11

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
215027644	CAT	19/07/2016	485,00	15/08/2016	597,50	30	1,00000	112,50

HISTÓRICO DE CONSUMO (Mês/Ano kWh) INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

ARUANA SEGUROS
20 SET 2016



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Reinaldo Galvão Freire, portador(a) do

RG nº 1940449, expedido por ITEP 18W, em

11 / 02 / 1998, CPF/CNPJ nº 034.456.124-04,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOSEMILO

FERREIRA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

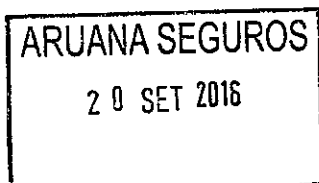
da vítima Joemildo Ferreira da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: _____

Reinaldo Galvão Freire
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA

Número do Atendimento 6498	Registro 15466	Data do Atendimento 22/08/2016	Hora do Atendimento (Entrada) 08:45
--------------------------------------	--------------------------	--	---

DADOS CADASTRAIS

Nome do Paciente JOSENILDO FERREIRA DA SILVA	Sexo M	Data de Nascimento 25/02/1979	Idade 37
Nome da mãe DULCE RAIMUNDA DA SILVA	Estado Civil Solteiro	Telefone () 8762-8842	
Doc. Identificação (nº) 1968071	Tipo RG RG	CNS 162378121140009	
Endereço(Rua) R. PIREZ DE CAMPOS, 435	Número	Complemento	
Bairro SANTOS REIS	Cidade PARNAMIRIM	Estado RN	CEP -

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

HORA	SSVV	ESCORE DE GLASGOW
VERMELHO	PA 130x80 SO2 99%	1 A 3 ☐
LARANJA	FC 79 bpm PESO -	4 A 8 ☐
VERDE	FR -	9 A 12 ☐
AZUL	TEMP -	13 A 15 ☒

ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE ALERTA

DISPNEIA ()	SINCOPE/DESMAI()	AGITAÇÃO PSICOMOTORA ()
CIANOSE ()	SÚDORESE ()	PLOTRAUMATIZADO ()
PELE FRIA()	VÔMITO ()	DOENÇA OU ACIDENTE TRABALH()
PALIDEZ ()	CONVULSÃO ()	APARENTEMENTE BEM ()

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA - CAUSA EFICIENTE DE LESÃO (REFERIDA)

Queda de moto há 1 hora após colisão com poste de concreto
Arbano (E)

DOCUMENTO 4 *T4%*



EXAME - LESÃO OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

Exame físico sem alterações
Exame de neurologia sem alterações

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Lesão por trauma

CONDUTA

Observação

ARUANA SEGUROS

20 SET 2016

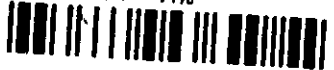
PREScrição MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1.) Difinacem - 01 Amp + Abx. 6v. 2.) Voltaren - 01 Amp. 1v 3.) 4% PZ - 500ml, 1v, 1v, 1v Dr. Italo Aurélio Leite CRM 10.100	08:24	Adilson José da Silva Enfermeiro CRM 10.100

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
Paciente consciente com motocicleta no ± 02 horas com dor no ombro e restrição de movimentos do M.S.D. Região esmeralda do dente a cirurgia medi com o Dr. Italo Aurélio Leite e Aráfin Enfermeira CRM-RN 348 074.

DESTINO DO PACIENTE	
OBSERVAÇÃO	REMOVIDO PARA _____ HORA _____ H
LIBERADO AS	
RETIROU-SE POR: DESISÃO MEDICA	ÓBITO EM _____ / _____ / _____
À PEDIDO	ENTREGUE À:
À REVELIA	
DATA 22/08/16 às 13:00h	FAMÍLIA _____ IML: _____

Dr. Italo Aurélio Leite
CRM 10.100

Médico - Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA MARIA NAZARÉ DOS SANTOS - NOVA ESPERANÇA

BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA

Número do Atendimento 6498	Registro 15468	Data do Atendimento 22/08/2016	Hora do Atendimento (Entrada) 08:45
--------------------------------------	--------------------------	--	---

DADOS CADASTRAIS

Nome do Paciente JOSENILDO FERREIRA DA SILVA		Sexo M	Data de Nascimento 26/02/1979	Idade 37
Nome da mãe DULCE RAIMUNDA DA SILVA		Estado Civil Solteiro		Telefone () 8762-8842
Doc. Identificação (nº) 1968071	Tipo RG	CNS 162378121140009		
Endereço(Rua) R. PIREZ DE CAMPOS, 435			Número	Complemento
Bairro SANTOS REIS	Cidade PARNAMIRIM	Estado RN	CEP	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

HORA	SSVV	ESCORE DE GLASGOW
VERMELHO	PA <u>130 x 80</u> SO2 <u>99%</u>	1 A 3 ☐
LARANJA	FC <u>79 bpm</u> PESO	4 A 8 ☐
VERDE	FR	9 A 12 ☐
AZUL	TEMP	13 A 15 ☒

ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE ALERTA

DISPNEIA ()	SINCOPE/DESMAI ()	AGITAÇÃO PSICOMOTORA ()
CIANOSE ()	SÚDORESE ()	PLOTRAUMATIZADO ()
PELE FRIA ()	VÔMITO ()	DOENÇA OU ACIDENTE TRABALH ()
PALIDEZ ()	CONVULSÃO ()	APARENTEMENTE BEM ()

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA - CAUSA EFICIENTE DE LESÃO (REFERIDA)

Queda de moto há 1 hora referida por um acidente de trânsito (E)

EXAME - LESÃO OU AFEÇÕES ENCONTRADAS

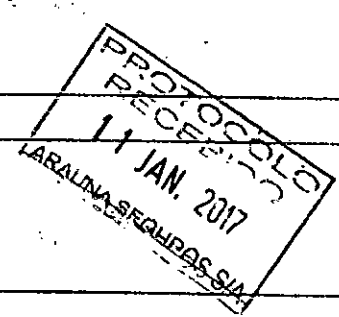
Exame físico sem alterações

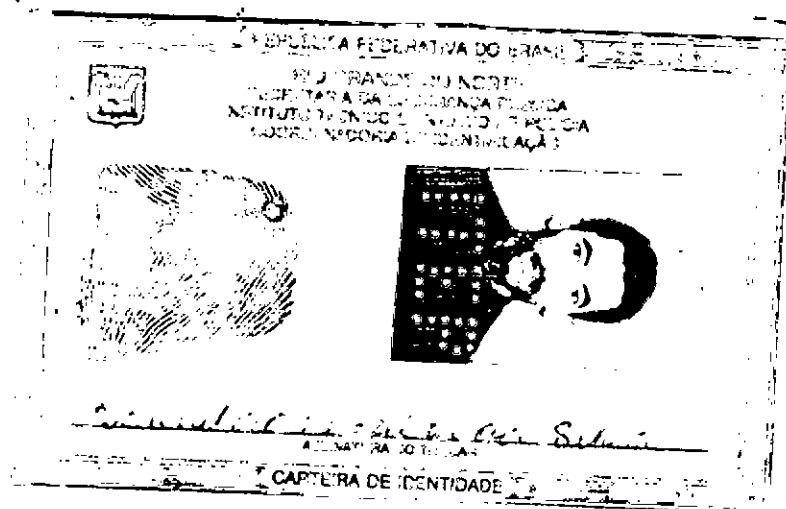
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Lesão por trauma

CONDUTA

Observação





DOCUMENTO 5 *T5%*



1.968.071 13.06.1998

Josenildo Ferreira da Silva
Antonio Ferreira da Silva
Dulce Raimunda da Silva

Barcelona-RN 25.02.1979

Cert. Nasc. 1907 Liv. 15 fls. 14
Cart. de Barcelona-RN

Heraclito da Silva
Diretor Geral

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSENILDO FERREIRA DA SILVA

Nº de Inscrição 010391544-33 Data do Nascimento 25/02/79



ARUANA SEC
20 SET 2013

DOCUMENTO 6 *T6%*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **011596239438**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** Cód. RENAVAM **00201036331** R.N.T.R.C. EXERCÍCIO **2015**

NOME
JOSENILO FERREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ
010.391.544-33

PLACA
NNN3582

PLACA ANT / UF
NNN3582 / RN

CHASSI
9C2KCI550AR066014

ESPÉCIE TIPO
PASSEIRO/MOTOCICLISTA/NAO AFELICAVE

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB.
2010

ANO MOD.
2010

CAP / POT / CIL
CCV/149 CILINDRALAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
CINZA

COTA ÚNICA
R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
19/03/2015

VENC / COTAS
1º PAGO

FAIXA I.P.V.A.
002855-3X

PARCELAMENTO / COTAS
R\$ 1.111.111

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
***** LICENCIAMENTO**

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)
DETRAN: PAGO ***

DATA DE PAGAMENTO
DETRAN: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: **KCI5E3A066014**

PARNAMIRIM/RN

DATA
27/02/2015

Centro de Registro de Veículos
EXPEDIENTE RN-RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
Y AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº **011596239438** BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2015

DATA EMISSÃO
27/02/2015

VIA
1

CPF / CNPJ
010.391.544-33

PLACA
NNN3582

RENAVAM
00201096331

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB.
2010

CALIBRE
9

CHASSI
9C2KCI550AR066014

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

ARUANA SEGUROS

20 SET 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170039825 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: DOR NO OMBRO

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDÊNCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

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: 3170039825 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: DOR NO OMBRO

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDÊNCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

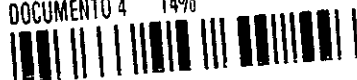
Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Yosenildo Ferreira da Silva, brasileiro(a),
 estado civil: casado Profissão: vigia, portador(a) do RG
1.968.071, órgão expedidor ITEP/RN e do CPF: 010.391.544-33, residente
 no(a) R. Pires de Campos nº 465-A
 bairro: Santos Reis, município: Parnamirim / RN.

OUTORGADO:

Nome: Reinaldo Galvão Freire, brasileiro(a)
 estado civil: solteiro Profissão: pinheiro, portador(a) do RG
1940449, órgão expedidor ITEP/RN e do CPF: 034456324-04, residente
 no(a) R. Pires de Campos nº 465-A
 bairro: Santos Reis, município: Parnamirim / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por
 telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e
 apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras
 conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
 apresentados e disponibilizados ao outorgado.

PARNAMIRIM, 15-09-2016

Local e Data



Yosenildo Ferreira da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA

FERREIRA DA SILVA

Parnamirim/RN: 15/09/2016

Em testemunho da verdade. Emol. R\$ 2,34

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

Valido somente com selo de autenticidade.



ARUANA SEGUROS

20 SET 2016