



Tarifa Social de Energía Eléctrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Consent Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150 - Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-200
CNPJ 06.724.198/0001-81 | Insc. Est. 20555799-0 | www.consent.com.br

2. 1875 214000
 3. 217500 214000
 4. 415 323000

08/03/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO ANTONI 40 DE FREITAS

CPF: 057.363.744-14

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TROVADOR GUMERCINDO SARAIVA 701
VILA GÊ DAS DUNASPAJUCARA/ÁREA URBANA
59122-740 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

30/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

135,88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/01/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

23/01/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

018679928

Série: U

CONTA CONTRATO

000163931010

Nº DO CLIENTE

300020698

Nº DA INSTALAÇÃO

000095577

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FC31.5F04.EBEF.7327.0964.15CA.BF54.A9C8

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,00	0,69585937	117,53
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,99
Multa por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			2,59
Juros por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			1,77
TOTAL DA FATURA			135,88

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Rorr	Valor
02/01/19	23/01/19	132,85

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh): 0,46081000

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JAN 18			124
FEV 18			187
MAR 18			201
ABR 18			174
MAY 18			158
JUN 18			160
JUL 18			128
AUG 18			231
SET 18			97
OCT 18			177
NOV 18			146
DEZ 18			166
JAN 19			153

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	41,30	30,72
Transmissão	6,15	5,23
Distribuição (Cosern)	23,12	24,73
Encargos Setoriais	9,20	6,98
Tributos	24,35	20,83
Perdas de Energia	7,33	6,06
TOTAL	117,53	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
117,53	18,00	21,15	117,53	0,47	0,55	117,53	2,17	2,55

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000213088719	CAT	22/12/2018	9.051,00	23/01/2019	9.245,00	32	1,00000	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
nov/2018					
DIC-De de hora sem Energia	POTENCI	0,00	5,97	10,15	20,30
FIC-De de vezas sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	8,59	9,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,72
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 46,01					

Todo Consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você comércio eletrônico: loja física da cunha lima, pajucara / francisco lopes trindade me: av moema lino da cunha lima 2905, pajucara lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438-02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade do ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTR

00016393

08/03/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO ANTONI 40 DE FREITAS

CPF: 057.363.744-14

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TROVADOR GUMERCINDO SARAIVA 701
VILA GÊ DAS DUNASPAJUCARA/ÁREA URBANA
59122-740 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

30/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

135,88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/01/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

23/01/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

018679928

Série: U

CONTA CONTRATO

000163931010

Nº DO CLIENTE

300020698

Nº DA INSTALAÇÃO

000095577

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FC31.5F04.EBEF.7327.0964.15CA.BF54.A9C8

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,00	0,69585037	117,53
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,99
Multa por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			2,59
Juros por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			1,77
TOTAL DA FATURA			135,88

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Rorr	Valor
02/01/19	23/01/19	132,85

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh): 0,46081000

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JAN 18			124
FEV 18			187
MAR 18			201
ABR 18			174
MAY 18			158
JUN 18			160
JUL 18			128
AUG 18			231
SET 18			97
OCT 18			177
NOV 18			146
DEZ 18			166
JAN 19			153

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	41,30	30,72
Transmissão	6,15	5,23
Distribuição (Cosern)	23,12	24,73
Encargos Setoriais	9,20	6,98
Tributos	24,25	20,83
Perdas de Energia	7,33	6,06
TOTAL	117,53	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
117,53	18,00	21,15	117,53	0,47	0,55	117,53	2,17	2,55

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000213088719	CAT	22/12/2018	9.051,00	23/01/2019	9.245,00	32	1,00000	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2018					
DIC-De de hora sem Energia	POTENCI	0,00	5,97	10,15	20,30
FIC-De de vezas sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	8,59	9,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,72
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 46,01					

Todo Consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você comércio eletrônico: loja física da cunha lima, pajucara / francisco lopes trindade me: av moema lino da cunha lima 2905, pajucara lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438-02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade do ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTR

00016393

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/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 ANTONIONE DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644, 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THIAGO DANTAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08 do sinistro de DPVAT cobertura ENUGO ORZ da Vítima THIAGO DANTAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

CNH, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

☒ 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 <u>RUA INOVADOR GUMERCINDO SARAIVA</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>PAJUCARA</u>	Cidade <u>NATAL</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.122.740</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99820.4547</u>

NATAL RN 15 de MARÇO de 2019
Local e Data

Antonione de Freitas

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/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 ANTONIONE DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644, 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THIAGO DANTAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08 do sinistro de DPVAT cobertura ENUGO ORZ da Vítima THIAGO DANTAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

CNH, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

☒ 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 <u>RUA INOVADOR GUMERCINDO SARAIVA</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>PAJUCARA</u>	Cidade <u>NATAL</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.122.740</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99820.4547</u>

NATAL RN 15 de MARÇO de 2019
Local e Data

Antonione de Freitas

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romualdo Borges Costa,
RG nº 2243768, data de expedição 07/07/2010,
Órgão ITEP, portador do CPF nº 069 619 924-63, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Pedra Branca - Bairro Nossa Senhora da Apresentação, nº 149,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FILIPPO DANTAS MONTEIRO, cujo o condutor era
FILIPPO DANTAS MONTEIRO.

Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA 1CBX 250 TWISTER
Ano: 2008
Placa: MYW 4343
Chassi: 9C2 MC35008R061863
Data do Acidente: 09.12.2018
Local e Data: NATAL RN

X Romualdo Borges Costa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGARASSU
Praça São Vicente do Paulo, nº 42 - Igarassu - Natal/RN - CEP: 58.304-010
(085) 3214-6600

RECONHEÇO por SEMELHANÇA, a(s) firma(s) de: ROMUALDO
BORGES COSTA (194163). VÁLIDO SOMENTE COM SELO AUTENTIFICADOR
NATAL/RN, 21 DE DEZEMBRO DE 2018 - 11:04.

Op-11
EMOL R\$2,83
IRSON R\$0,14

Alberto Magalhães H. de Moura - Escritor Autorizado

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romualdo Borges Costa,
RG nº 2243768, data de expedição 07/07/2010,
Órgão ITEP, portador do CPF nº 069 619 924-63, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Pedra Branca - Bairro Nossa Senhora da Apresentação, nº 149,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FILIPPO DANTAS MONTEIRO, cujo o condutor era
FILIPPO DANTAS MONTEIRO.

Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA 1CBX 250 TWISTER
Ano: 2008
Placa: MYW 4343
Chassi: 9C2 MC35008R061863
Data do Acidente: 09.12.2018
Local e Data: NATAL RN

X Romualdo Borges Costa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGARASSU
Praça São Vicente do Paulo, nº 42 - Igarassu - Natal/RN - CEP: 58.304-010
(085) 3214-6600

RECONHEÇO por SEMELHANÇA, a(s) firma(s) de: ROMUALDO
BORGES COSTA (194163). VÁLIDO SOMENTE COM SELO AUTENTIFICADOR
NATAL/RN, 21 DE DEZEMBRO DE 2018 - 11:04.

Op-11
EMOL R\$2,83
IRSON R\$0,14

Alberto Magalhães H. de Moura - Escrivão Autorizado



CLÍNICA

OTÁVIA ROSADO

laudo Médico

Nome: Thiago Bento Monteiro

Idade: 33 anos

Acidente automobilístico no dia 09/12/18 com trauma em pé esquerdo, que resultou em fratura exposta de 5ª DP. Foi realizado tratamento adequado e alto hospitalar.

Atualmente refere dor em local e movimento em tornozelo posterior.

193

Alto Vidua

Data: 14/03/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAMIRIM:	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6801	Rua Celso Gonçalves da Costa, 2211 Vila Brasília Fone: (84) 9.8728-1333	Av. Senador José Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.8628-0438	Av. Sella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Médica, 256 Igapo - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **64378 /2018**
Admissão: **09/12/2018 14:37:15**



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 105099 - THIAGO DANTAS MONTEIRO (33 a 8 m 18 d)
Nascimento: 22/03/1985 Natural: NATAL-BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: Mãe: RITA MARIA DA SILVA CPF: Pai: Prof:
Logradouro: GERMINO BENIGNO, 322
CEP: 59015380 Bairro: VALE DOURADO
Telefone: 84 .987359445 Cidade: NATAL
Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 09/12/2018 14:31:40				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PE ESQUERDO
Hora: 14:40

Paciente trouxe colisão moto x carro, no de capota que saiu com o impacto, sentiu um perda consciência foi atendido no hospital municipal onde foi imobilizado por equipe em PE esquerdo sendo regulado para HWC.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP S1 cervical
- B MV + SIMETRICAS S/NA
- C RCP 2T BNF S/ISOPRO
- D EGG 15 pupila isocoricas
- E Escalas cor em controle, olhos fixados e reativos

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome indolor, flácido

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPÍTIOS) 3 - ABRA VIA AEREA 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE AFIRMAR, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVA MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, TIMM (PROPOÇÃO 30:2) 8 - SE AFIRMAR, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVA MÁSCARA) 9 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 10 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, TIMM (PROPOÇÃO 30:2) 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO 14 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, RENICIE RCP (30:2), 15 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 16 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR, 17 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Trauma em pé E, após acidente automobilístico

EXAME FÍSICO

Lesões em 4º interdigital E

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

fratura exata 5º PDE

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

Rx: Fratura de 5º PDE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1. Ce Fablora 28, EV, 2g/24h
2. Limpeza e Curativo
Ata hospitalar c/ ATB 10
e curat. ferida

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MBV)	5
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês, o porquê, a data e etc.)	5
Consciente (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Pelo menos, mas sem frases convencionais)	3
Sons ininteligíveis. (Ouvindo sem articular palavras)	2
Ausente	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordem verbal. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Reflexo inespecífico a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação)	3
Padrão extensor à dor (Decerebração)	2
Sem resposta motora	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	1-49 = 1

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.A. Seaco W.J. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1995.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

15-18 grave (necessidade de intervenção imediata)
9-14 moderado
5-8 leve

Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

"A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes objetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Muito Possível
0	1	2	3	4



Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE) Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Manoel, 180 - Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-200
 CNPJ 08.324.198/0001-01 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

GILNEI SANTOS MONTENEGRO

CPF: 034.438.814-08 NIS: 19009739913

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
018395545	UNICA	10/12/2018
Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
10112/2018	3000892474	952145

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA GERMÃO BENIGNO 322 LOT VALE
 DOURADO

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/ÁREA
 NATAL RN
 59115-585

CONTA/CONTRATO

0851872027

DATA DE VENCIMENTO

17/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

MÊS/ANO

12/2018

DOUVIDAÇÃO/ANEXO LETURA

09/01/2019

69,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,20541078	6,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,35212277	24,64
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	44,0000000	0,52819918	23,24
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,77
Contrib. Ium. Pública Municipal			0,45
ICMS-Parcela Subvenconada			6,15
Multa por atraso NF 014872795 - 09/11/18			1,30
Juros por atraso NF 014872795 - 09/11/18			0,36
Atualização IOPM NF 014872799 - 09/11/18			0,20

TOTAL DA FATURA

69,28

RESUMATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR	DATA	ATUAL	DATA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
217678008	CAF	742,00	06-11-2018	987,20	10-12-2018	31	1,00000		144,20

PERÍODO DE CONSUMO



RESUMATIVO DE CONSUMO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	18,00	0,88
PIS	0,60	0,30
COFINS	7,77	1,10

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Carga de Energia	23,33	33,55%
Transmissão	1,85	2,66%
Distribuição (Cosern)	14,20	20,49%
Perdas de Energia	3,17	4,58%
Encargos Setoriais	3,14	4,54%
Outros	11,80	17,00%
Total	54,81	79,07%

Consumo Ativo até 30 kWh
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
 Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

0,1815400
 0,3766570
 0,4183330



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1682962766

ANTONIO DE FREITAS



DOC. IDENTIDADE / CDD. EMISSÃO / UF	
1625711 ITEP RN	
CPF	DATA NASCIMENTO
008.347.644-07	14/12/1979
FUNÇÃO	
ANTONIO ANTONIO DE FREITAS FATIMA PEREIRA DE FREITAS	
PERMISSÃO	CAT. HAB.
02646635172	3
VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO
30/09/2023	27/12/1997

OBSERVAÇÕES



Antonio de Freitas

PROVIDO PLASTIFICAR
1682962766

LOCAL	DATA EMISSÃO
NATAL, RN	01/10/2018
LUIZ EDUARDO MACHADO PEREIRA Diretor Geral - Detran/RN	
57661051548 RN704302357	
RIO GRANDE DO NORTE	

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11527 // 00453 Nº 014242734316

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. Renavam 00963226789 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME ROMUALDO BORGES COSTA

CPF / CNPJ 069.619.924-63

PLACA MYW4343

PLACA ANT. / UF MYW4343/RN

CHASSI 9C2MC350082061863

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. POT. / CIL. 0CV/249 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
R\$ 0.00 22/10/2018 1º PAGO
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO
A 014101 3X R\$ 31.97 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DEVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: MC352-8061863

NATAL/RN

DATA 22/10/2018

Sidney Soares de Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

RN Nº 014242734316 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 22/10/2018

VIA 1 Cód. Renavam 00963226789 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018 PLACA MYW4343

RENAVAM 00963226789 MARCA / MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER
ANO FAB. 2008 COTA ÚNICA 9 Nº CHASSI 9C2MC350082061863

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIÇOS SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE OUTUBRO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092420/19

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF: 071.769.934-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: THIAGO DANTAS
MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

THIAGO DANTAS MONTEIRO : 071.769.934-08

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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 19/03/2019
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

ANTONIONE DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190205818 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

Outorgante:

THIAGO DANTAS MONTEIRO, brasileiro (a), estado civil CASADO,
Nº 372, Bairro N 5 DA ADESAO, profissão OUTORGADO, residente e domiciliado à Rua GERMINO TRINGNO,
130 GRANDE NOITE Município de NATAL, Estado de (o)
02.375.241, SSP/ RN e CPF nº 071.769.934-08, portador (a) do RG nº.

Outorgado:

ANTONIO DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil
SOLTEIRO, profissão NAO DECLARA, residente e domiciliado à Rua
130 GRANDE NOITE, Nº 301, Bairro PAJUCARA, Município de
NATAL, Estado de (o) RN e CPF nº 008.397.669-07, portador (a) do
RG nº 02686135122, SSP/ RN e CPF nº.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) THIAGO DANTAS MONTEIRO, ocorrido em 09/12/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

NATAL RN 27 de DEZEMBRO de 2018

THIAGO DANTAS MONTEIRO

Outorgante
CPF Nº 071.769.934-08

QBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE N.º 100
Praça São Vicente de Paulo, 125 - Lagoa - Natal/RN - CEP: 59.014-000

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de **THIAGO DANTAS MONTEIRO (194278)**, autenticada em 25/12/2018, às 16:18.

Op. 151.22040
EMCL R\$283
SSQN R\$14

Alberto Magnus H. de Moura - Escrevente Autorizado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092420/19

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF: 071.769.934-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: THIAGO DANTAS
MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

THIAGO DANTAS MONTEIRO : 071.769.934-08

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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 19/03/2019
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

ANTONIONE DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190205818 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E FERIMENTO EM 4º INTERDIGITAL DO PÉ ESQUERDO. ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190205818

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO DANTAS MONTEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190205818

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), THIAGO DANTAS MONTEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

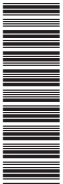
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
071-769.934-08	071.769.934-08	THIAGO DANTAS MONTEIRO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
THIAGO DANTAS MONTEIRO		071.769.934-08
Profissão:	Endereço:	Número:
AUTONOMO	RUA GERMINO BENIGNO	322
Bairro:	Cidade:	Estado:
M.S. DA APRESENTAÇÃO	NATAL	RN
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	59.115-585	(84) 98833-6586

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0539	CONTA: 00170955	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CAIXA
POUPANÇA



6277 8017 0581 6753

VALID

VALID TO

10/24

THIAGO DANTAS MONTEIRO

0539 013 00170955-3

elc



1 - LOCAL E DATA

Local PONTE NEWTON NAVARRO Bairro REDINHA
Cidade/UF NATAL / RN P. Ref. SENTIDO PARA DO MEIO
Data 09/12/2018 Hora do acidente 10:45 Hora do registro 11:30 Dia da semana DOMINGO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi PEC-8876 Cidade RECIFE UF PE
Marca/Mod. FORD/ECOSPORT FSI AT 1.5 Cor PRETA Ano 2018 / 2019
Proprietário LUIS PHELIPE DE ASSUNÇÃO VALLES N° de Ocupantes 03
Condutor O PROPRIETÁRIO Data de Nasc. 13/09/1988
Endereço RUA JOSE TRAJANO AP-4003 N° 95 Fone (21) 9907-6165
Bairro BOA VIAGEM Cidade RECIFE UF RN
CPF N° 359.326.648-27 CNH N° 04029004644 Validade 21/01/2022 Categoria B
Local de Trabalho ATLAS SCHINDLER Fone (81) 99146-9389
End. AV CANDEIA DA BOA VISTA N° 1536 Bairro BOA VISTA Cidade RECIFE - PE

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYW-4343 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA / CBX 250 TWISTER Cor VERMELHA Ano 2008 / 2008
Proprietário ROMUALDO BORGES COSTA N° de Ocupantes 01
Condutor THIAGO DANTAS MONTEIRO Data de Nasc. 22/03/1985
Endereço RUA GERMINIO BENIGNINO N° 322 Fone 98735-9445
Bairro VALE DOUBADO Cidade NATAL UF RN
CPF N° 071.769.934-08 CNH N° 05973680321 Validade 07/03/2018 Categoria AB
Local de Trabalho DESEMPREGADO Fone 99958-6003
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?

PONTE NEWTON NAVARRO

Em que sentido?

REDINHA / PRAIA DO MEIO

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor

ALEGA QUE TRAFEGAVA LENTAMENTE DEVIDO AO FLUXO DE VEÍCULOS QUANDO DE REPENTE FOI SURPREENDIDO POR UM IMPACTO NA SUA TRASEIRA CAUSADO POR V2.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

PONTE NEWTON NAVARRO

Em que sentido?

REDINHA / PRAIA DO MEIO

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor

ALEGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA RETAGUARDA DE V1, QUANDO DE REPENTE VISUALIZOU V1 PARANDO REPENTINAMENTE NA VIA, NESTE MOMENTO V2 FREIOU, MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO NA TRASEIRA DE V1.

Assinatura do Condutor do V2

WILLAGO DANTAS MONTENEGRO

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?









Versão do condutor

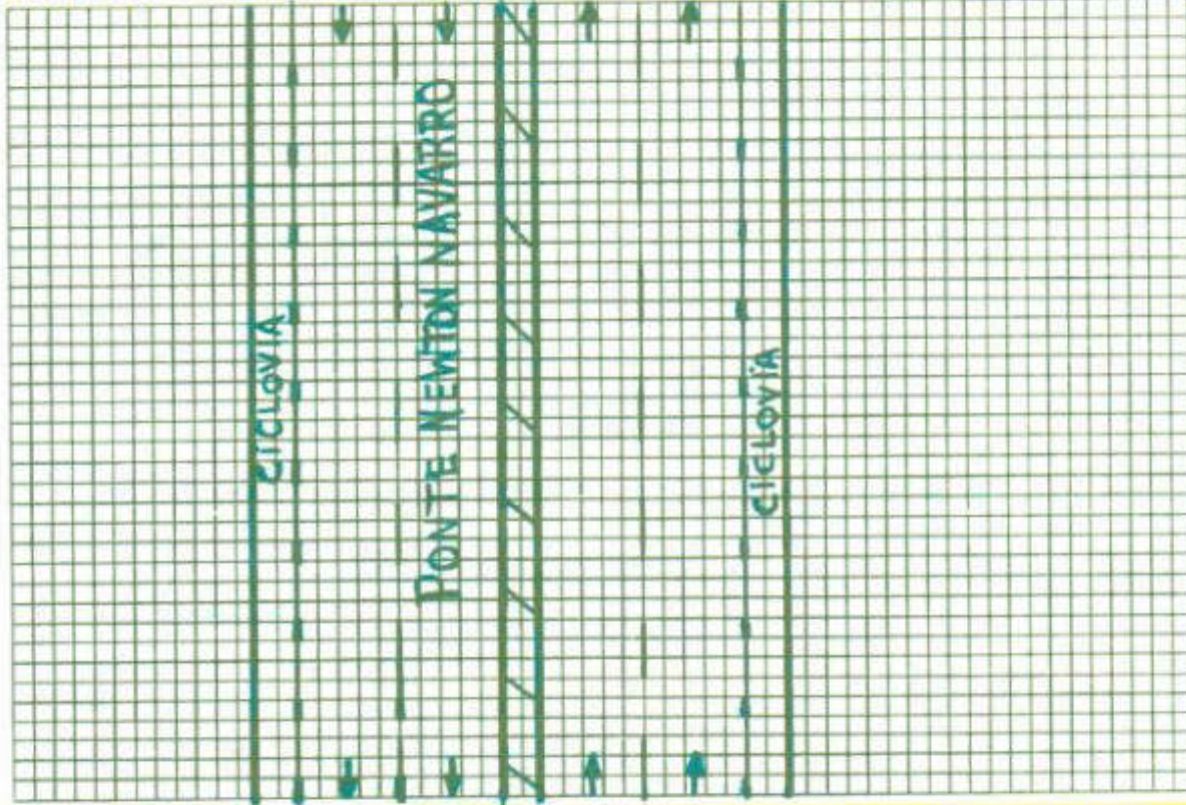
8 - CONDIÇÕES DA VIA

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

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRAIA DO MEIO

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

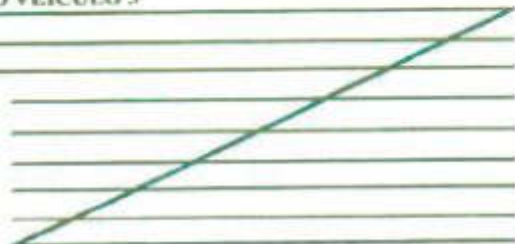


10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO REDINHA

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARACHOQUE TRASEIRO

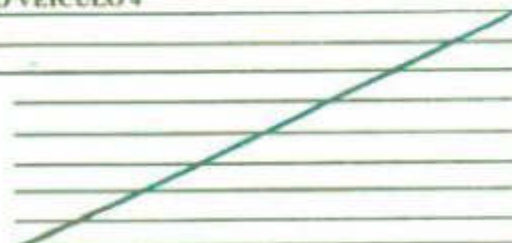
AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

RETROVISOR ESQ. E DIREITO, CARENAGEM DO TANQUE, LADO DIREITO, GUARDS, TELESCÓPIO, PAINEL DE VELOCIMETRO, CANO DE SCAPELASSINHADO.
ATUALIZADO

AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome THIAGO DANTAS MONTEIRO
RG N° 2375241 Órgão Expedidor ITEP/RN Data de Nascimento 22/03/1985
Endereço RUA GERMINA BENIGUIMO N° 322 Fone 98235-9445
Bairro VALE DOURADO Cidade NATAL UF RN
Versão A MESMA DE V2

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

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

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

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

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT N° 1856504 CDD/DESD 504-5/0

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
V2 FOI ENTREGUE AO SR. ROMUALDO BORGES COSTA DE CNH: 05787812265
* ROMUALDO BORGES COSTA, O CONDUTOR DE V2 FOI NOTIFICADO NO ARTIGO 162º
V DO CTB.
AO CHEGAR NO LOCAL DA OCORRÊNCIA, OS VEÍCULOS HAVIAM SIDO RETIRADOS
DO LOCAL DE IMPACTO, POR ISTO OS MESMOS NÃO FORAM DESENHADOS NO CROQUI.

Nome Completo do Agente HENRY EMANUEL ALVES DE MEDEIROS
POSTO/GRAD.: 3º SGT PM N° 2001.0475 Viatura AG 34 Subunidade: ESD. ÁGUA
Local e Data NATAL, 04 de DEZEMBRO de 2018

Assinatura do Agente de Trânsito _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 071.769.934-08 Nome completo da vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: THIAGO DANTAS MONTEIRO CPF: 071.769.934-08

Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA GERMINO BENIGNO Número: 322 Complemento: 184

Bairro: M.S. DA APRESENTAÇÃO Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59.115-585

E-mail: _____ Tel.(DDD): (54) 98833-6586

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0539 CONTA: 00170955 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

THIAGO DANTAS MONTEIRO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **THIAGO DANTAS MONTEIRO**, foi removido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 09/12/2018, aproximadamente às 12h42min, do Hospital Municipal Newton Azevedo para o Hospital Walfredo Gurgel. **Sob nº de ocorrência 234719/1.**

Natal, 27 de dezembro de 2018.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 234719/1

Data: 09/12/2018

CHAMADO

TARM: CRISTIANE RAMOS DA SILVA

Rádio Operador: ELLIO PEIXOTO DOS SANTOS

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 15 (UPA PAJUÇARA)

Médico Regulação: CONSTANCE MARIA OTTONI DE OLIVEIRA

Médico Cena: DAYANNA PATRÍCIA DE CARVALHO BARRETO

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: MONSIEUR BRUNO FERREIRA DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOAO PAULO TORRES DE QUEIROZ - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: DR. ARTUR

Telefone: (84) 3216-1690

Nome do Paciente:

(I) TIAGO DANTAS MONTEIRO

Idade: *

33

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Referência/Complemento:

Motivo Transferência: INTERNAÇÃO

Unidade de Origem Transferência: HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR NEWTON AZEVEDO

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Observações TARM: PCT ESTA NA ORTOPEDIA // VAGA REGULADA COM DR. ANTONIO DA ORTOPEDIA //

Queixa Primária: REMOÇÃO

Quem Solicitou: Médico

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

09/12/2018 12:47:34 - Dr(a). CONSTANCE MARIA OTTONI DE OLIVEIRA

APH: TRAUMA / HD: FRATURA DE PÉ

REGULAÇÃO: PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE 5º PODODACTILO E. PACIENTE REGULADO PARA O WALFREDO COM DR. ANTONIO NA ORTOPEDIA.

PA 120X80 FC 80 FR 20 SPO2 97% AA

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: C00000 2

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

09/12/2018

12:42:31

Saída Local:

09/12/2018

14:16:05

Regulação Médica:

09/12/2018

12:47:34

Chegada Destino:

09/12/2018

14:24:33

Solicitação VTR:

09/12/2018

13:59:34

Liberação Destino:

09/12/2018

14:55:28

Saída VTR:

09/12/2018

13:59:37

Liberação VTR:

09/12/2018

14:55:31

Chegada Local:

09/12/2018

13:59:40



Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE) Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Manoel, 180 - Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.198/0001-01 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

GILSON GOMES DA COSTA

CPF: 034.438.814-08 NIS: 19009739913

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
018395545	UNICA	10/12/2018
Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
10112/2018	3000892474	952145

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA GERMÃO BENIGNO 322 LOT VALE
 DOURADO

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/ÁREA
 NATAL RN
 59115-585

CONTA CONTRATO

0851872027

DATA DE VENCIMENTO

17/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

DEBITO

12/2018

DATA DE VENCIMENTO

09/01/2019

69,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,20541078	6,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,35212277	24,64
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	44,0000000	0,52819918	23,24
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,77
Contrib. Ium. Pública Municipal			0,45
ICMS-Parcela Subvenconada			6,15
Multa por atraso NF 014872795 - 09/11/18			1,30
Juros por atraso NF 014872795 - 09/11/18			0,36
Atualização ICMS NF 014872795 - 09/11/18			0,20

TOTAL DA FATURA

69,28

RESUMATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR	DATA	ATUAL	DATA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
217678008	CAF	742,00	06-11-2018	987,20	10-12-2018	31	1,00000		144,20

PERÍODO DE CONSUMO



RESUMATIVO DE CONSUMO

BASE DE CÁLULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	18,00	0,86
PIS	0,60	0,30
COFINS	7,77	1,10

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Carga de Energia	23,33	33,69%
Transmissão	1,85	2,66%
Distribuição (Cosern)	14,20	20,49%
Perdas de Energia	3,17	4,58%
Encargos Setoriais	3,14	4,54%
Outros	11,80	17,03%
Total	54,81	79,08%

Consumo Ativo até 30 kWh
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
 Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

0,1815400
 0,3766570
 0,4183330