

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



Grupo Neoenergia

www.cosern.com.br

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

Ligações Grártulas:

-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 -Ligaçāo Grártula de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligaçāo Grártula de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO ANTONIO DE FREITAS
CPF: 057.363.744-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TROVADOR GUIMARÇO SARAIVA 701
VILAÇA DAS DUNAS
PAJUCARA/AREA URBANA
59122-740 NATAL RN

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

DATA DE VENCIMENTO
30/01/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
135,88DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
23/01/2019DATA DA APRESENTAÇÃO
23/01/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
018679928CONTA CONTRATO
000163931010Nº DO CLIENTE
300020600Nº DA INSTALAÇÃO
000085577

Série: U

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,00	0,60585037	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 Reer	Valor
02/01/19	23/01/19	135,88

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 estabelecer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,60585037	JAN	194
		DEZ	187
		NOV	201
		OUT	174
		SET	156
		AGO	160
		JUL	128
		JUN	231
		MAI	97
		ABR	177
		MAR	140
		FEV	166
		JAN	153

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	POTENCI	0,00	5,97	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,40	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,86	3,99	9,03
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,01					
Todos Consumidores podem solicitar a expuração das indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000002130988719	CAT	22/12/2018 9.051,00	23/01/2019 9.285,00	32	1.00000	0,00	194,00

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Comercial menses: supermercado cunha lima, pajucara / francisco lopes trindade msc: av moema lince da cunha lima 2905, pajucara, lista completa em www.cosern.com.br.

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito conforme é especificado.

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 da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 11,40% (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 no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO

000163931010

NIVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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



Grupo Neoenergia

www.cosern.com.br

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

Ligações Grártulas:

-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 -Ligaçāo Grártula de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligaçāo Grártula de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO ANTONIO DE FREITAS
CPF: 057.363.744-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TROVADOR GUIMARÇO SARAIVA 701
VILAÇA DAS DUNAS
PAJUCARA/AREA URBANA
59122-740 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à 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\$)

135,88DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
23/01/2019DATA DA APRESENTAÇÃO
23/01/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
018679928CONTA CONTRATO
000163931010Nº DO CLIENTE
300020600Nº DA INSTALAÇÃO
000085577

Série: U

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,00	0,60585037	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 Reer	Valor
02/01/19	23/01/19	135,88

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 estabelecer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SÊRASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,60585037	JAN	194
		DEZ	187
		NOV	201
		OUT	174
		SET	156
		AGO	160
		JUL	128
		JUN	231
		MAI	97
		ABR	177
		MAR	140
		FEV	166
		JAN	153

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
		nov/2018			
DIC-No de horas sem Energia	POTENCI	0,00	5,97	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,40	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,86	3,99	9,03
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,01					
Todos Consumidores podem solicitar a expuração das indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000002130988719	CAT	22/12/2018 9.051,00	23/01/2019 9.285,00	32	1.00000	0,00	194,00

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Comercialize: supermercado, loja de cunha lima, pajucara / francisco lopes, trindade meia: av moema (loja da cunha lima 2905, pajucara), site completo em www.cosern.com.br.

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito conforme é especificado.

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 da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 11,40% (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 no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO

000163931010

NIVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIENE 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 TRAVAGORZ 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			Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
<u>TRAVAGORZ</u>	<u>NATAL</u>	<u>RN</u>	<u>59.122.240</u>	<u>CASA</u>
<u>PAGUÇARA</u>				

NATAL RN, 15 de MARÇO de 2019
Local e Data

Antoniene de Freitas
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIENE 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 TRAVAGORZ 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			Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
<u>TRAVAGORZ</u>	<u>NATAL</u>	<u>RN</u>	<u>59.122.240</u>	<u>CASA</u>
<u>PAGUÇARA</u>				

NATAL RN, 15 de MARÇO de 2019
Local e Data

Antoniene 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 069 619 929-63, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Peira 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 Felinto Dantas Monteiro, cujo o condutor era
Felinto Dantas Monteiro.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CBX 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 IGAPÓ
Av. São Vicente de Paula, nº 42 - Igapó - Natal/RN - CEP: 59030-010
(84) 3214-6636

RECONHEÇO por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de: ROMUALDO
BORGES COSTA (194163). VERSO MEMENTO COM NÚM. AUTENTICADOR
NATAL/RN, 21 DE DEZEMBRO DE 2018 - 11:04.

Op.11
EVOL. R\$2,83
IRSN R\$0,14

Alberto Magnus H. de Moura - Escrivão 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 069 619 929-63, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Peira 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 Felinto Dantas Monteiro, cujo o condutor era
Felinto Dantas Monteiro.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CBX 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 IGAPÓ
Av. São Vicente de Paula, nº 42 - Igapó - Natal/RN - CEP: 59030-010
(84) 3214-6636

RECONHEÇO por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de: ROMUALDO
BORGES COSTA (194163). VERSO MEMENTO COM NÚM. AUTENTICO: 08
NATAL/RN, 21 DE DEZEMBRO DE 2018 - 11:04.

Op.11
EVOL. R\$2,83
IRSN R\$0,14

Alberto Magnus H. de Moura - Escrivão Autorizado

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS:

SI 802

Nº

013

IDENTIFICAÇÃO

NOME:		Thiago Dantas Monteiro	
RAÇA COR:	-	SEXO: () MASC () FEM	D. NASC: / /
ENDEREÇO:	R. Geminíni Benigno 322		
BAIRRO:	N SA	CIDADE:	Natal - RN
NOME DA MÃE:	Rita Maria de Sá		
RG:	CPF: 073.769.934-08		
PROFISSÃO/ESCOLARIDADE:		DATA: 09/12/18 HORA: 11:47	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

HIPERTENSÃO; DIABETES; INSUF. RENAL; EPILEPSIA; ALZHEIMER

OUTRAS:

MEDICAMENTOS EM USO:

ALERGIA MEDICAMENTOSA: AAS; DIPIRONA; DICLOFENACO/AINE; OUTROS:

ESTADO GERAL

Aparentemente BEM	()	Consciente / Orientado	()	Inconsciente	()	Agitação	()
REGULAR	()	Aparentemente alcoolizado	()	Hemorragias	()	Traumatismo Craniano	()
GRAVE	()	Respira c/ dificuldade	()	Convulsão	()	Desmaio ou Vomitos	()
Politraumatizado	()	Atropelamento	()	Colisão	()	Queda	()

SINAIS VITais / EXAME FÍSICO

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR		
							LEVE	MODERADA	INTENSA

QUEIXA PRINCIPAL

AZUL

VERDE

AMARELO

VERMELHO

OBSERVAÇÕES:

ENFERMEIRO(A) / COREN:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / EXAME CLÍNICO

Anamse de mto d. p.

EXAME FÍSICO: BEG manda ok, d. junt (E), d. n. d. E

EXAMES COMPLEMENTARES

Rx Cerv E AP, P
Rx Perna (E) AP, P
Rx Pér (E) e (D) AP, P, O

J. ARTHROSC. COSTA LIMA
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 7091 - EOT 15371

DIAGNÓSTICO

Rx Susto (E) AP, P, O
Rx Pér (D) AP, P, O

CID 10

MÉDICO/CRM

**8 CLÍNICA
OITAVA ROSADO**

laudo Médico

Nome: Thiago Batista Monteiro

Idade: 33 anos

Acidente notoacústico no dia 09/12/18
com trauma em pé esquerdo, que gerou
em futuro exame de SopDE. Foi reduzido
tratamento adequado e aconselhado hospital.

Atualmente refere dor em local e
formigimento em tornozelo posterior.

193

Até aí

Data: 14/03/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAMIRIM:	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Av. Cidre Barbalho, 400 Centro Fone: (84) 9.0721-1552	Av. Senator José Chaves, 1364 Centro Fone: (84) 5.3629-0428	Av. Sella Pernambim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.3624-2021	Av. Presidente Médice, 256 Igapo - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



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: _____
Logradouro: GERMINO BENIGNO, 322 Prof: _____
CEP: 59015380 Bairro: VALE DOURADO
Telefone: 84 987359445 Compl: _____
Cidade: NATAL

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 vítima moto x cano, uso de capacete que sofreu com o impacto, nenhuma perda consciente foi atendido no hospital municipal onde vai imobilizado posterior em PE esquerdo sendo agendado para HwL.

EXAME FÍSICO (PRIMARIO)	
A VAP S/ cervicoglos	CONFERE COM ORIGINAL
B Mvt simétrico S/N/A	NATAL 2012/13
C RCP 2T BNF S/ SORO	MAT. N° SAME
D EGG IS pupilar isocoricas	ASSINATURA
E Escoriações em cotovelo, joelho e quadril e pe squerido.	DATA: 09/12/2018

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome inalterado, flacido

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Trans en pt E, apoi cedute autoridades

EXAME FÍSICO

Search on 4° intervals

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

father exerts 3^o PDE.

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

Ex: frakans 2-5: PDC-

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

① Ce Feb 25, EV, as per.

② Limpieza: Limpie

After treatment c/ ATB to
orient. seen.

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

www.oxfordjournals.org/journal/ajph | THE AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente	4
Outros se abrem ao comando verbal (não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, etc, e porquê o está e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e obscuras)	4
Palavras inapropriadas (Fala aparente, mas sem traços conversacionais)	3
Sons ininteligíveis (Demando sem articular palavras.)	2
Ausente	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	4
Localiza estímulo doloroso	3
Reage a dor inapropriada e desproporcional	2
Padrão flexo à dor (Decorcitrâgio)	1
Padrão extensor à dor (Desconstrâgio)	2
Sem resposta motora	1
Total	

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS”

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13-15	= 4
9-12	= 3
8-80	= 2
4-50	= 1
35	= 0
10-20	= 4
>20	= 3
8-90	= 2
1-50	= 1
00	= 0
> 900	= 4
76-800	= 3
50-670	= 2
1-490	= 1
00	= 0

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)***

03- 96-grave (necessidade de
intubação imediata);
03- 3º moderado;
03- 1º leve.

¹ BeterEind: TEASDALE G., JENNET, B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974; 2: 81-84.

“A Sociedade proposta aplica-se a pessoas conscientes a que
correspondem com idade superior a 3 anos. Na Sociedade Qualitativa
solicita-se ao dono que classifique a intensidade da sua dor
de acordo com os seguintes adjetivos:

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

“Escala de Trauma Revisada (RS): Bem indicada para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion L.H., Beers M.J., Coppe, et al; A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5): 624, 1989.



DETAN - RN 11527 // 00453 N° 014242734316
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOVIA - CÓD. RENAVAM - ENURC - EXERCÍCIO
1 00963226789 ***** 2018

NOME

RONALDO BORGES COSTA

CPF/CNPJ - PLACA

069.619.924-63

MYW4343

PLACA ANT./UF - N.º CHASSI

MYW4343/RN

9C2MC35008B061863

ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL

PASSEIROS/MOTOCICLETA/HAB. APLICÁVEIS: GABRIELA

MARCA / MODELO - ANO FAB - ANO MOD.

HONDA/CBX 250 TWISTER

2008

2008

CAP / POT / CIL - CATEGORIA

0CV/249 CILINDRADAS

PARTICULAR

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA

R\$ 0,00

22/10/2018

FAIXA / PVA - PARCELAMENTO / COTAS

V 014103-3X

R\$ 31,97

1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO ***

DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: MC35E-8061863



NATAL/RN

DATA

22/10/2018

ESTE DOCUMENTO FORNECE DADOS FISCAIS PESSOAS CRUZADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU FOR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN N° 014242734316 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2018 22/10/2018VIA - CPF / CNPJ - PLACA
1 069.619.924-63 MYW4343RENAVAM - MARCA / MODELO
00963226789 HONDA/CBX 250 TWISTERANO FAB - COTAS
2008 9 N.º CHASSI
9C2MC35008B061863

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNB (R\$)	DEJATHAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

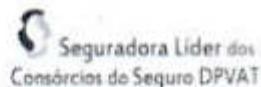
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO
-------------------------------------	------------------------------------

DATA DEQUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.548.008/0001-04

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092420/19

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF: 071.769.934-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: THIAGO DANTAS MONTEIRO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIONE DE FREITAS

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 EVIDENÇIA 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 ASAOC,
Nº 372, Bairro N 5 DA ATENÇÃO, profissão ALUNO, residente e domiciliado à Rua GERMÁNO ITINGA,
RIO GRANDE NORTE, Municipio de NATAL, Estado de (o) RN, CEP 59.115.585, portador (a) do RG nº.
002-375.241, SSP/ RN e CPF nº 071.369.934-08.

Outorgado:

ANTONIO DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil
SOFRACO, profissão HAZ OCCULAR, residente e domiciliado à Rua
TOLEDO GUMERCINDO SARAIVA, Nº 701, Bairro PAJUCARA, Municipio de
NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE DO NORTE, CEP 59.023-350, portador (a) do
RG nº 026.861.351-2, SSP/ RN e CPF nº 008.347.649-07.

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 021.769.934-08

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE RUA
Praça São Vicente de Paulo, 10 - Asa - Natal/RN - CEP: 59.001-000
(084) 3209-4121/4122/4123/4124/4125

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de THIAGO DANTAS MONTEIRO (194278)
NATAL/RN, 27 de DEZEMBRO de 2018, 16:18.

Alberto Magnus H. de Souza - Escrivão Autorizado



AJU-054752

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092420/19

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF: 071.769.934-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: THIAGO DANTAS MONTEIRO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIONE DE FREITAS

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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		THIAGO DANTAS MONTESIRO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	071.769.934-08
Profissão:	ENDERECO:		Número:	Complemento:
AUTÔNOMO	RUA GERMÍNIO BENÍGIO		322	184
Bairro:	CIDADE:		CEP:	59.115-585
P.S. 04 APRESENTAÇÃO	NATAL		Tel.(DDD):	(84) 98833-6586
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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 Lider 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

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 Lider 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

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.





1 - LOCAL E DATA

Local PONTE NEWTON NAVARRO Bairro REDINHA
Cidade/UF NATAL / RN P. Ref. SENTO RIO 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
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi PEC-8876 Cidade RECIFE UF PE
Marca/Mod. FORD / ECOSPORT FSI AT 15 Cor PRETA Ano 2018 / 2019
Proprietário LUIS PHELIPE DE ASSUNÇÃO VALLS N° de Ocupantes 03
Condutor O PROPRIETÁRIO Data de Nasc. 13/09/1988
Endereço RUA JOSE TRATANIO AP- 4003 N° 95 Fone (81) 9707-6365
Bairro BUA VIAGEM Cidade RECIFE UF RN
CPF N° 359.326.648-27 CNH N° 04029004644 Validade 23/01/2022 Categoria B
Local de Trabalho ATLAS SCHINDLER N° 1536 Bairro BOA VISTA Cidade RECIFE - PE
End. AV CONDE DA BOA VISTA

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYW - 4343 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA / CRX 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 GIRMÍNIO BENICIMIO N° 322 Fone 98735-9445
Bairro VALE DOURADO Cidade NATAL UF RN
CPF N° 071.769.934-08 CNH N° 05973680321 Validade 07/03/2018 Categoria AB
Local de Trabalho DESEMPREGADO Fone 95958-6003
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

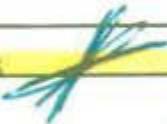
Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / / _____ Categoria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

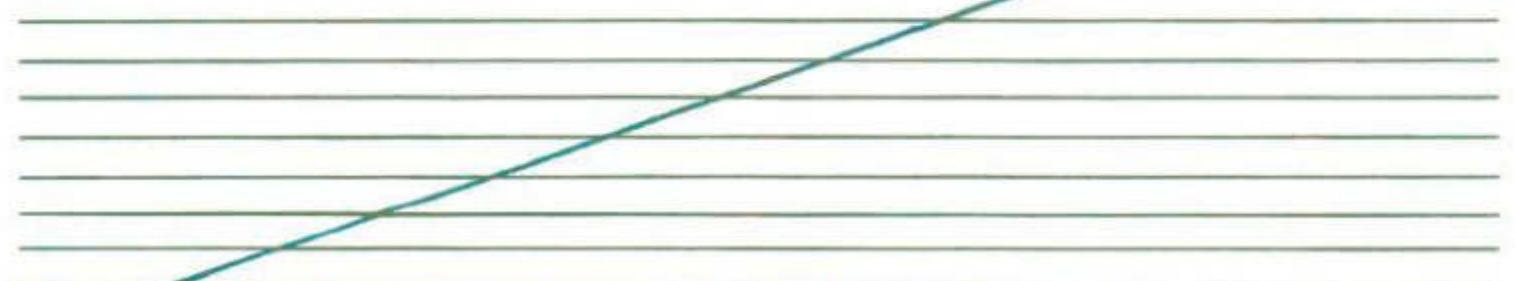
SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? PONTE NEWTON NAVARRO
Em que sentido? REDINHA / PRAIA DO MEIO Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor ALEGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA RETAGUARDA DE V1, QUANDO DE REPENTE VISUALIZOU V1 PAREndo REPENTINAMENTE NA VIA, NESTE MOMENTO V1 FREOU, MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO NA TRASEIRA DE V1.

Assinatura do Condutor do V2 

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 _____

Assinatura do Condutor do V4 

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond. / Tempo	Tipo da Pista
<input type="checkbox"/> Amanhecedor	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo
<input type="checkbox"/> Anoitecedor	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros

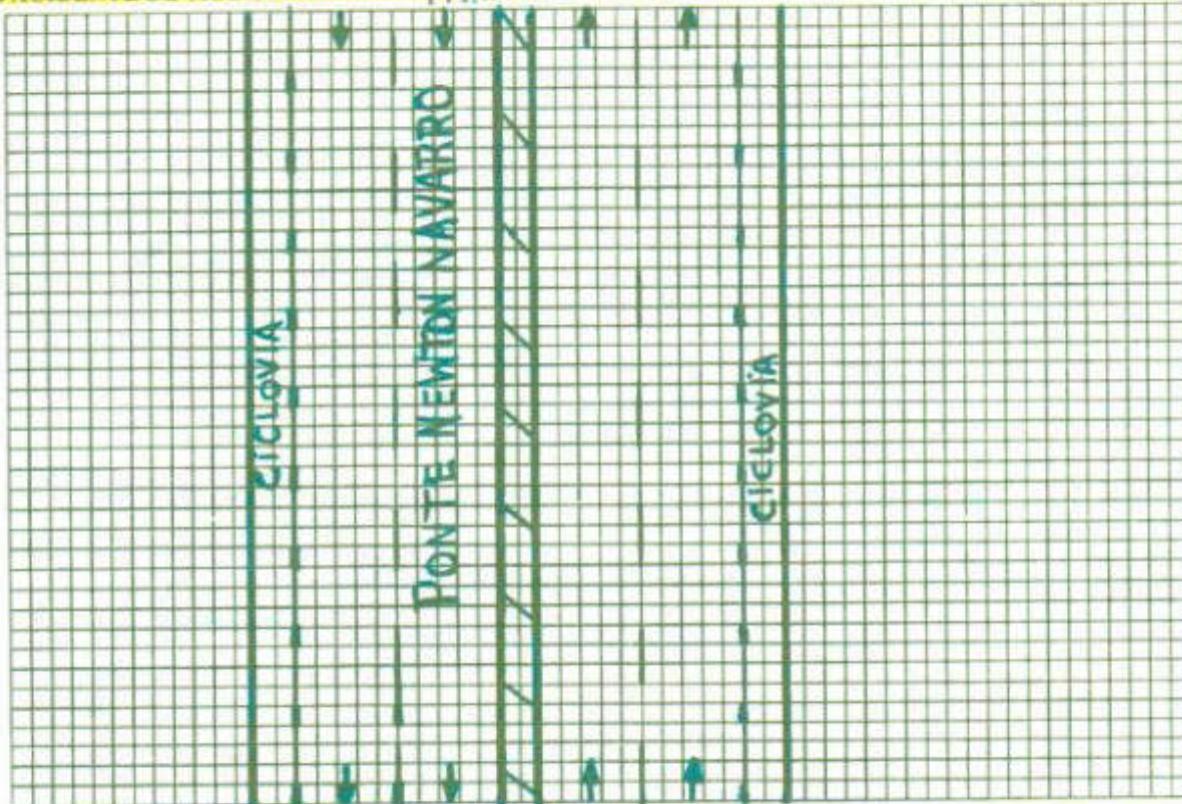
Caract. / Pista	Cond. / Pista
<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada
<input type="checkbox"/> Acidente Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água
<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa
<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enxameada
<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras
<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Entroncamento	
<input type="checkbox"/> Bifurcação	

Sinalização
<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/> Linha DE CONTINUA
<input type="checkbox"/> Placa(s)
<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
<input checked="" type="checkbox"/> CICLOVIA
<input type="checkbox"/>

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRAIA DO MEIO

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



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO REDINHA

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARACHOCHE TRASEIRO



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

RETRÓVISOR ESG. E DIREITO, CARENAGEM DO TANQUE LADO DIREITO, GUÍAS, TELESCÓPIO, PAINEL DE VELOCÍMETRO, CANO DE SCARF (ARRANHADO).



V2

*ALGO

AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome THIAGO DANTAS MUNTEIRO RG Nº 2375241 Órgão Expedidor ITEP/RN Data de Nascimento 22/103/1985
 Endereço RUA GERMÍNIO BENÍGIMO N° 322 Fone 98335-9445
 Bairro VALE DOURADO Cidade NETAL UF RN
 Versão A MESMA DE V2

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ 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 Nº _____ Órgão Exp. _____ N° _____
 Endereço _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

SAMU

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATEN 18/56.5091 CÓD/DESD 504-5/0

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

foi ENTREGUE AO Sr. RONIVALDO BORGES COSTA DE CNH: 0573781/1265
RONIVALDO BORGES COSTA, o CONDUTORA 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 CADASTRO.

Nome Completo do Agente HENRY EMANUEL ALVES DE MEDEIROS
 POSTO/GRAD.: 3º SGT PM Nº 2001.0475 Viatura AG 34 Subunid.: ESA. Henr. 1223
 Local e Data NETAL , 09 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:	Nome completo da vítima:		
071.769.934-08		THIAGO DANTAS MONTESIRO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>THIAGO DANTAS MONTESIRO.</i>		CPF: <i>071.769.934-08</i>		
Profissão: <i>AUTONÔMO</i>	Endereço: <i>RUA GERMÍNIO BENÍGIO</i>	Número: <i>322</i>	Complemento: <i>184</i>	
Bairro: <i>P.S. 04 APRESENTAÇÃO</i>	Cidade: <i>NATAL</i>	Estado: <i>RN</i>	CEP: <i>59.115-585</i>	Tel.(DDD): <i>(84) 9 8833-6586</i>
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO 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 Lider 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

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 Lider 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: _____

Morte
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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 RODO

THIAGO DANTAS MONTESIRO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



NATAI
NATAL
CITY OF NATAL

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 MEDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANDO

* 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: *

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: 00000

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO

Apóio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
09/12/2018 12:42:31	09/12/2018 12:47:34	09/12/2018 13:59:34	09/12/2018 13:59:37	09/12/2018 13:59:40
Saída Local: 09/12/2018 14:16:05	Chegada Destino: 09/12/2018 14:24:33	Liberação Destino: 09/12/2018 14:55:28	Liberação VTR: 09/12/2018 14:55:31	

