



Número: **0818427-51.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46937065	18/07/2019 13:24	Petição	Petição
46937095	18/07/2019 13:24	2617553 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
46937125	18/07/2019 13:24	2617553 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08184275120198205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 15 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180487288 **Cidade:** Poço Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXAÇÃO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO 11/10/2018, ASSINADO POR DR.TIAGO ANDRADE RODRIGUES,CRM:6224 , DA CLÍNICA OITAVA ROSADA.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**

Nº Sinistro: **3180487288**

Vitima: **LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**

Data do Acidente: **08/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIONE DE FREITAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180487288**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13491210

Pag. 00411/00412 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário **entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário **entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

081.525.554-36

Nome completo da vítima

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

CPF titular da conta

081.525.554-36

Profissão

PSICOMETA

Endereço

RUA MARIA DA COSTA LEITE

Número

01

Complemento

CASA

Bairro

AMARANTE

Cidade

SL DO AMARANTE

Estado

RN

CEP

59.299-905

E-mail

Telefone (DDD)

(84) 98833-6586

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

2010

DV

CONTA

NRO.

00153191

DV

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AG. NATAL

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

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

SL DO AMARANTE, RN, 16 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

X *Leonardo do Nascimento Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 10ª DELEGACIA REGIONAL - JOÃO CÂMARA

Endereço: RUA RITA FERREIRA DE FARIAS, 3, CENTRO, JOÃO CÂMARA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018080000908

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

1.2 Data de Expedição: 02/08/2018 16:33:46

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/07/2018 22:59:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 406, NO POVOADO DO SURUBIM

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A PARADA DE ÔNIBUS

2.13 Cidade: POÇO BRANCO

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 08152555436

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s): 84 986046675

3.17 Número: 01

3.19 Bairro: JARDIM PETROPOLIS

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: MARIO EPIFANIO DA SILVA

3.6 Mãe: MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 07/08/1986

3.14 RG: 002781854 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: POÇO BRANCO RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA MARIA DA COSTA LEITE

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Etnia:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

5.1.2 Alcunha:

5.1.4 Pai:

5.1.6 Mãe:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.20 CEP:

5.1.22 Cidade:

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico
O COMUNICANTE/VÍTIMA RELATA QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITOS PILOTAVA UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA/CG 150 FAN, ESI, COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA QUT 4796, CHASSI N° 9C2KC1670CR601500, RENAVAM 00483194034 COM CRLV EM NOME DE LENILSON CORDEIRO DE LIMA, NA BR 406, NAS PROXIMIDADES DO POVOADO DO SURUBIM, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A DERRAPAR E LOGO CAINDO AO SOLO. RELATA QUE DA QUEDA FRATUROU O TORNOZELO DO LADO DIREITO CONFORME LAUDO APRESENTADO. DE IMEDIATO FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DA CIDADE DE POÇO BRANCO, LOGO APÓS FOI LEVADO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL, LOGO DEPOIS CONDUZIDO AO HOSPITAL DIOCLECIO MARQUES NA CIDADE DE PARNAMIRIM, LOCAL AONDE PERMANECER ATÉ O DIA SEGUINTE. ADEMAIS, RELATA QUE REALIZOU UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA QUAL FORAM PRECISO 10 (DEZ) PONTOS NO CITADO TORNOZELO. POR FIM, INFORMA QUE NÃO POSSUI CNH (CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO). NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

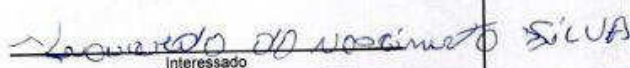
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

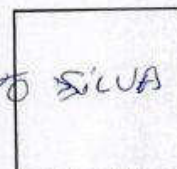
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 02/08/2018 16:33:46


190.9657
Policial


Leonardo do Nascimento SILVA
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1909657 - FRANCISCO VALDENIR DO CARMO ALMEIDA
Impresso por: 1909657 - FRANCISCO VALDENIR DO CARMO ALMEIDA em 02/08/2018 16:33:56
Protocolo: J2018080000908 - Código de autenticação: ba400413770967c09573090e96045b505



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 022 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

CPF da Vítima

081.525.554-36

Data do Acidente

08.07.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prove do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

COMPROMISSO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
COMPROMISSO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

17 OUT 2018

PROTOCOLADO
AG. NATAL

S. G. DO AMARANTE, 16 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

DALI.001 V001/2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/10/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000153141-9

Nr. da Autenticação 3996AAE4557C4847



GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UGV

980

ENCAMINHAMENTO

Silva

PACIENTE:	Leonardo do Nascimento	SENHA:	
DIAGNÓSTICO	HTN2		
SETOR DE ORIGEM	AW6		
AUDITOR AUTORIZADOR			
DESTINO	HDM		
DATA	09/07/18		
RECEPÇÃO PELO HOSPITAL			





SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro - São
Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550
CNPJ: 06.451.635/0001-17 - FONE: (84) 3278-2280
www.saesgarn.com.br

Inscrição: 0035608.7 CLASSE: PAR TARIFA: R-M PER 01 ECONOMIAS: COM IND FOR OUT RESPAT: 07/2018
HIDROMETRO: A15G207617 INSTALAÇÃO: 21/03/18 LOCALIZAÇÃO: 00.06.07.00.20018050 FATURA: 180193640

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

CINTIA CORDEIRO DE LIMA
RUA MARIA DA COSTA LEITE CS 01 - O. 18 LOTE 05, LOT J...
CEP: 59.294-405 SAO GONCALO DO AMARANTE-RN

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA(000 A 0010 - 3.859 * 10)		36.59
01	ÁGUA(011 A 0015 - 4.490 * 04)		17.96

HIDROMETRIA

LEITURA ANTERIOR: 432
ATUAL: 445
CONSUMO: 14
LEITURISTA: 34

DATA: 06/06/18
06/07/18
D/A: 33
O/C: 1000

ÚLTIMOS CONSUMOS



MÉDIA: 11 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO	PARÂMETRO	PAORÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO

DÉBITO(S):

EXISTE(M) 002 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 183,01

VENCIMENTO: 15/08/2018 VALOR R\$: 54,55

AGENTE ARRECADADORES, COSERN SERVIÇOS,
CAIXA ECONOMICA FEDERAL, PAGFACIL E CORREIOS.
REAJUSTE TARIFÁRIO DE 3% SOBRE AS CATEGORIAS
MÉDIAS, CONFORME DECRETO 799/2017.
É PROIBIDO O DESPEJO DE ÁGUAS SERVIDAS
NA RUA, CONFORME LEGISLAÇÃO AMBIENTAL.

CONSUMIDOR



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro
São Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550
CNPJ: 06.451.635/0001-17 - FONE: (84) 3278-2280

INSCRIÇÃO

CLASSE

0035608.7

CINTIA CORDEIRO DE LIMA

VENCIMENTO

15/08/2018

VALOR R\$

07/2018

54,55



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																													
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMÓZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0 cosern Grupo Neoenergia 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 ANTONINO DE FREITAS CPF: 097.363.744-04 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA TROVADOR GUMERCINDO SARANA 701 VILAGE DAS DUNAS PAJUCARA/ÁREA URBANA 59122-740 NATAL RN As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2016), 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 30/08/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 132,72 DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/08/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 23/08/2018 NUMERO DA NOTA FISCAL 011350968 Série: U CONTA CONTRATO 000163931010 Nº DO CLIENTE 3009028698 Nº DA INSTALAÇÃO 0000895577																																																																											
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		RESERVADO AO FISCO F7A1.E69A.21C8.1997.EF10.8C59.00C9.DF6F																																																																											
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>160,00</td> <td>0,64322408</td> <td>102,91</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>10,70</td> </tr> <tr> <td>Contribuição Iluminação Pública</td> <td></td> <td></td> <td>12,73</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 008427558 - 25/08/18</td> <td></td> <td></td> <td>3,12</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 008427558 - 25/08/18</td> <td></td> <td></td> <td>2,18</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPW-NF 008427558 - 25/08/18</td> <td></td> <td></td> <td>1,09</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>132,72</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)	160,00	0,64322408	102,91	Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,70	Contribuição Iluminação Pública			12,73	Multa por atraso-NF 008427558 - 25/08/18			3,12	Juros por atraso-NF 008427558 - 25/08/18			2,18	Atualização IGPW-NF 008427558 - 25/08/18			1,09	TOTAL DA FATURA			132,72	Comunicamos o não pagamento de(a) conta(s) de energia (cidade(s)) Vencido: 31/07/18 DI Rev: 23/08/18 Valor: 163,82 Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esse comunicado não substitui o envio de débitos anteriores, bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo. Tarifas Aplicadas Consumo Ativo(kWh): 0,64322408 HISTÓRICO DO CONSUMO <table border="1"> <thead> <tr> <th>MÊS</th> <th>CONSUMO (kWh)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AGO 18</td><td>160</td></tr> <tr><td>JUL 18</td><td>129</td></tr> <tr><td>JUN 18</td><td>231</td></tr> <tr><td>MAI 18</td><td>97</td></tr> <tr><td>ABR 18</td><td>177</td></tr> <tr><td>MAR 18</td><td>146</td></tr> <tr><td>FEV 18</td><td>166</td></tr> <tr><td>JAN 18</td><td>153</td></tr> <tr><td>DEZ 17</td><td>134</td></tr> <tr><td>NOV 17</td><td>135</td></tr> <tr><td>OUT 17</td><td>156</td></tr> <tr><td>SET 17</td><td>150</td></tr> <tr><td>AGO 17</td><td>141</td></tr> </tbody> </table> COMPOSIÇÃO DO CONSUMO <table border="1"> <thead> <tr> <th>RS</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Geração de Energia</td><td>42,83</td></tr> <tr><td>Transmissão</td><td>5,07</td></tr> <tr><td>Distribuição (Desenv)</td><td>24,09</td></tr> <tr><td>Encargos Setoriais</td><td>6,76</td></tr> <tr><td>Tributos</td><td>21,05</td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>		MÊS	CONSUMO (kWh)	AGO 18	160	JUL 18	129	JUN 18	231	MAI 18	97	ABR 18	177	MAR 18	146	FEV 18	166	JAN 18	153	DEZ 17	134	NOV 17	135	OUT 17	156	SET 17	150	AGO 17	141	RS	%	Geração de Energia	42,83	Transmissão	5,07	Distribuição (Desenv)	24,09	Encargos Setoriais	6,76	Tributos	21,05	TOTAL	100
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																										
Consumo Ativo(kWh)	160,00	0,64322408	102,91																																																																										
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,70																																																																										
Contribuição Iluminação Pública			12,73																																																																										
Multa por atraso-NF 008427558 - 25/08/18			3,12																																																																										
Juros por atraso-NF 008427558 - 25/08/18			2,18																																																																										
Atualização IGPW-NF 008427558 - 25/08/18			1,09																																																																										
TOTAL DA FATURA			132,72																																																																										
MÊS	CONSUMO (kWh)																																																																												
AGO 18	160																																																																												
JUL 18	129																																																																												
JUN 18	231																																																																												
MAI 18	97																																																																												
ABR 18	177																																																																												
MAR 18	146																																																																												
FEV 18	166																																																																												
JAN 18	153																																																																												
DEZ 17	134																																																																												
NOV 17	135																																																																												
OUT 17	156																																																																												
SET 17	150																																																																												
AGO 17	141																																																																												
RS	%																																																																												
Geração de Energia	42,83																																																																												
Transmissão	5,07																																																																												
Distribuição (Desenv)	24,09																																																																												
Encargos Setoriais	6,76																																																																												
Tributos	21,05																																																																												
TOTAL	100																																																																												
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ICMS</th> <th colspan="3">PIS</th> <th colspan="3">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>113,61</td> <td>18,00</td> <td>20,44</td> <td>113,61</td> <td>1,29</td> <td>1,46</td> <td>113,61</td> <td>5,98</td> <td>6,77</td> </tr> </tbody> </table>		ICMS			PIS			COFINS			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	113,61	18,00	20,44	113,61	1,29	1,46	113,61	5,98	6,77	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR ANUALIZADO</th> <th>METAS ANUAIS</th> <th>METAS TRIMESTRAIS</th> <th>METAS SEMESTRAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIC-Nº de horas sem Energia</td> <td>POTENCI</td> <td>0,00</td> <td>6,87</td> <td>10,19</td> <td>20,38</td> </tr> <tr> <td>FIC-Nº de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>3,38</td> <td>6,86</td> <td>13,28</td> </tr> <tr> <td>DMC-Ocorrência máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>2,88</td> <td>6,00</td> <td>6,00</td> </tr> <tr> <td>DICRI-Duração de interrupção em dia crítico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Limite DICRI: 12,32</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 37,50</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR ANUALIZADO	METAS ANUAIS	METAS TRIMESTRAIS	METAS SEMESTRAIS	DIC-Nº de horas sem Energia	POTENCI	0,00	6,87	10,19	20,38	FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,38	6,86	13,28	DMC-Ocorrência máxima de interrupção contínua		0,00	2,88	6,00	6,00	DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,32	EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 37,50																
ICMS			PIS			COFINS																																																																							
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																																					
113,61	18,00	20,44	113,61	1,29	1,46	113,61	5,98	6,77																																																																					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR ANUALIZADO	METAS ANUAIS	METAS TRIMESTRAIS	METAS SEMESTRAIS																																																																								
DIC-Nº de horas sem Energia	POTENCI	0,00	6,87	10,19	20,38																																																																								
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,38	6,86	13,28																																																																								
DMC-Ocorrência máxima de interrupção contínua		0,00	2,88	6,00	6,00																																																																								
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,32																																																																								
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 37,50																																																																													
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL <table border="1"> <thead> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>Tipo de Função</th> <th>Anterior</th> <th>Atual</th> <th>Nº Dias</th> <th>Constante</th> <th>Ajuste</th> <th>Consumo kWh</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0002030213098719</td> <td>CAT</td> <td>24/07/2018</td> <td>8.171,00</td> <td>23/08/2018</td> <td>8.331,00</td> <td>30</td> <td>1.660,00</td> </tr> </tbody> </table>		NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº Dias	Constante	Ajuste	Consumo kWh			DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			0002030213098719	CAT	24/07/2018	8.171,00	23/08/2018	8.331,00	30	1.660,00	INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: comércio eletrônico: moema fisco da cunha lima, pajucara / francisco lopes (trindade me: av moema fisco da cunha lima, 2965, 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 Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res454/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 no ciclo em que ocorrer a suspensão.																																																			
NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº Dias	Constante	Ajuste	Consumo kWh																																																																						
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																																																								
0002030213098719	CAT	24/07/2018	8.171,00	23/08/2018	8.331,00	30	1.660,00																																																																						
DESTAQUE AQUI <table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTA CONTRATO</th> <th>MÊS/ANO</th> <th>TOTAL A PAGAR(R\$)</th> <th>VENCIMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000163931010</td> <td>08/2018</td> <td>132,72</td> <td>30/08/2018</td> </tr> </tbody> </table>		CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	000163931010	08/2018	132,72	30/08/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO																																																																										
000163931010	08/2018	132,72	30/08/2018																																																																										
638500000016 327200384008 163931010203 011245643139 																																																																													



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 ANTONIO DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.342.644 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEONARDO DA NASCIMENTO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.525.559 / 36 do sinistro de DPVAT cobertura IN VALOR da Vítima LEONARDO DA NASCIMENTO SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.525.559 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>RUA THOUQUET GOMES RIBEIRO SARAIVA</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>954</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>(89) 99820-4591</u>

NATAL RN, 16 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Antonio de Freitas

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LENILSON CORDEIRO DE LIMA
RG nº 0484722019, data de expedição 17/12/2013
Órgão DETRAN RN portador do CPF nº 068.743.384-39, com
domicílio na cidade de S. GONCALO DO AMARANTE, no Estado de
RR GRANDES NORTE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JOSE INACIO FERNANDES, nº 01,
complemento JARDINS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA cujo o condutor era
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FANESZ

Ano: 2012

Placa: 074 4796

Chassi: 9C2KC1670CR601500

Data do Acidente: 08.07.2018

Local e Data: SÃO GONCALO DO AMARANTE RN - 02.08.18

Lenilson Cordeiro de Lima
Assinatura do Declarante

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

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPO
Praça São Vicente de Paula, nº 2 - Igaço - Natal/RN - CEP: 59.104-010
(51) 3081-0843 / (51) 3214-6810

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de: LENILSON CORDEIRO DE LIMA (030239) e LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA (189335). VÁLIDO SOMENTE COM ESTE AUTENTICADOR

NATAL/RN, 2 DE AGOSTO DE 2018 - 14:52.

Alberto Magrão M. de Moura - Escrevente Autorizado

Op. 18
EMOL. R\$5,67
ISS. CNR \$0,28

FIRMA 1

AJB-073484

FIRMA 1

AJB-073485

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

17 OUT 2018

PROTOCOLO
AG.: NATAL



GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UGV

980

ENCAMINHAMENTO

Silva

PACIENTE:	Leonardo do Nascimento	SENHA:	
DIAGNÓSTICO	HTN2		
SETOR DE ORIGEM	AW6		
AUDITOR AUTORIZADOR			
DESTINO	HDM		
DATA	09/07/18		
RECEPÇÃO PELO HOSPITAL			



PT 08159855436 - SUS 1409607614174076 - 99912-8271



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 31 HMWG

NOME: Leonardo do Nascimento Silva
IDADE: 04/08/86 COR: Parda SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Belo Horizonte PROFISSÃO: Programador PROCEDÊNCIA: Outor Residência
ENDEREÇO: Rua Moura da Costa Leite, 1 BAIRRO: Loteamentos Flores
CIDADE: S.G.H. DATA: 10/07/18 HORA: 09:17

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS, A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Paciente com fratura -
luxação tornozelo D.

EXAME FÍSICO

COMPRESSE
COMPRESSE SECOS E PREVENÇÃO SIA
17 OUT 2018
PROTÓCOLO
AG. NATAL

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL

09682146
UNIDADE COM ORIENTAÇÃO ORIGINAL
5. Paulo

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura - Luxação Tornozelo D

SUS

Formulário para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 1157 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **82735 LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA**

Prontuário: **980**

CNS: 709607614170876

Nascimento: 07/08/1986 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA

Pai: _____

Endereço: RUA MARIA DA COSTA LEITE, 1 - CIDADE DAS FLORES - SAO GONCALO DO AMAR Fone: 988430511 /

Município: SAO GONCALO DO AMARANTE Código Municipal IBGE: 241200 UF: RN CEP: 59294-405

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MID
FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO
BOA PERFUSAO DISTAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.4 FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA]*408050578. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOL

Profissional Solicitante / Assitente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação 09/07/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH:





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 161475	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 709 6076 1417 0876	8- DATA DE NASCIMENTO 07/08/1986	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MÃE MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA		12- TELEFONE DE CONTATO 99912-8271	
13- NOME DO RESPONSÁVEL CINTIA CORDEIRO DE LIMA (ESPOSA)		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA MARIA DA COSTA LEITE, CS 01, QD 16			
16- MUNICÍPIO SAO GONÇALO DO AMARANTE	17- BAIRRO JARDIM PETROPÓLIS	18- UF RN	19- CEP 59294-405
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>fratura com fratura-flexão do</i> <i>metacarpo V</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>cirurgia</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>RA</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura-flexão do</i> <i>metacarpo V</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>86</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>trat. cirurgico</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>007/18</i>	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DO DOCUMENTO SOLICITANTE <i>Região Sudeste</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-SP 22.870-0000</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () ACI. TRABALHO TRAJETO	45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		161475	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
10/07/2018	11:39		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA			07/08/1986
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
CASADO		AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA MARIA DA COSTA LEITE, CS 01, QD 16			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
SAO GONÇALO DO AMARANTE	JARDIM PETROPÓLIS	RN	59294-405
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO		MARIO EPIFANIO DA SILVA	
MARIA LUCIA DO NASCIMENTO SILVA			
RESPONSÁVEL			TELEFONE
CINTIA CORDEIRO DE LIMA (ESPOSA)			99912-8271
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

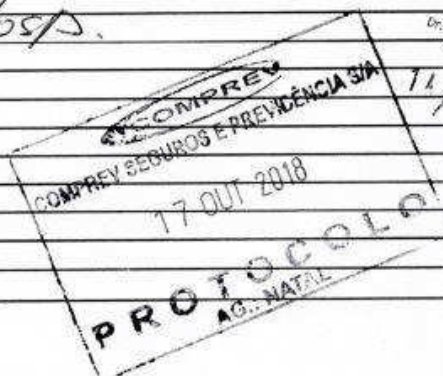
ALTA

14-07-2018

OBITO

HISTORIA CLINICA

14/7/18 1º opo.
Alta Hosp.



Dr. Eusebio
14/07/2018







Hospital

Nome do paciente

Leonardo do O. Silva

Nº prontuário

Data operação

13/11/2018

Enf.

Leito

Operador

D. Vitor Edimar

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

fratura do terço médio (unidade)

Tipo de operação

Int. Cir. de fratura terço médio

Diagnóstico pós-operatório

O mesmo

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

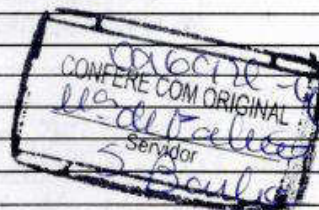
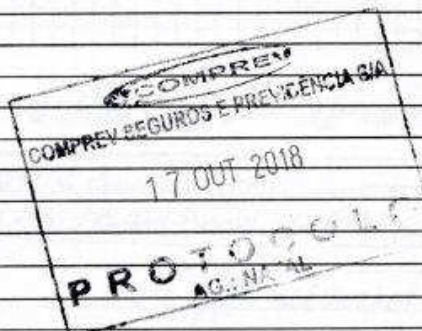
Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

Abordagem por via anterior, após
anestesia geral, incisão de pele na
região da fratura. Redução e
fixação com placa e parafusos. Sutura
periférica. Curativo.

Dr. Edimar M. Dantas
CRM - 942
Ortopedia-Traumatologia





CLÍNICA

OCTAVA ROSADO

Leonardo Fédico

Nome: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

Idade: 32 anos

Sequela de trauma em T12 direito (fratura)

Paciente sofreu acidente motorciclístico no dia 09/07/18 e evoluiu com fratura de bula lateral direita.

Devido ao trauma houve sequela definitiva de flexão/extensão do pé/tornozelo em 25%.

Alto médico

CID 582.6

Dr. Tiago Antônio Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 6224

Dr(a):

Data:

14/10/18

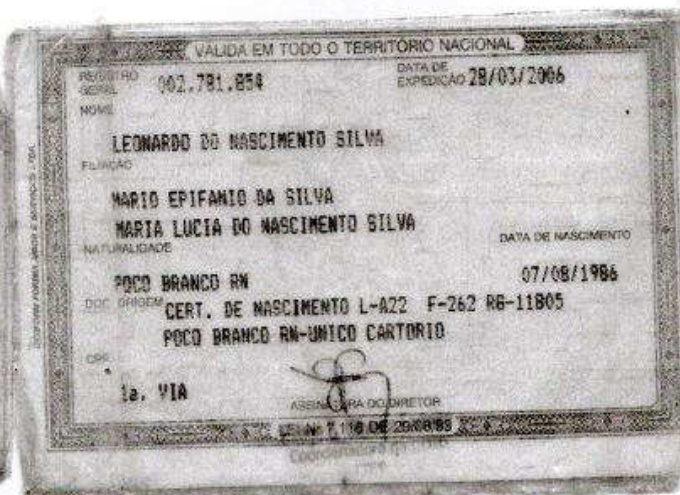
MOSSORÓ:
Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro
Fones: (84) 3315.6900 / 3315-6901

ASSU:
Av. Senador João Câmara, 1304
Centro
Fone: (84) 3331.4934

PARNAMIRIM:
Av. Bela Parnamirim, 680
Vila Nova

NATAL:
Av. Presidente Médice, 256 - Igapo - Zona Norte
Fones: (84) 3614.9655 / 3651.0568
Av. Capitão Mair Gouveia, 880 - Cidade da Esperança





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Antônio de Freitas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL 001.625.711

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/04/2018

NOME ANTONIONE DE FREITAS

FIJACAO ANTONIO ANTONINO DE FREITAS
FATIMA PEREIRA DE FREITAS

NATURALIDADE NATAL - RN

DATA DE NASCIMENTO 14/12/1979

DCC. CEBEL DE NASCIMENTO 1-4206 F-85 RG-46261

NATAL - RN-5 CARTÃO

CPF 008.347.644-07

ASSINATURA DO DIRETOR

26. VIA

16 DE 29-08/83

COMPREY SEGURANÇA

25 SET 2018

PROTÓCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **013702850669**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **2** COD. RENAVAM: **00483194034** INTRO: ********* EXERCÍCIO: **2017**

LENILSON CORDEIRO DE LIMA

CNPJ: **068.743.384-39** PLACA: **OJT4796**

PLACA ANT./UF: **OJT4796/RN** CHASSI: **9C2KC1670CR601500**

TIPO DE VEÍCULO: **PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE** COMBUSTÍVEL: **ALCOOL-GASOL**

MARCA/MODELO: **HONDA/CG 150 FAN ESI** ANO-FAB: **2012** ANO-MOD: **2012**

CAP/POT/CIL: **CCV/149 CILINDRADAS** CUBA: **PARTICULAR** COR PREDOMINANTE: **VERMELHA**

COTA ÚNICA: **R\$ 0.00** VENC. COTA ÚNICA: **09/05/2017** 1º: **PAGO**

FABRIL/PM: **A 002855 3K** PARCELAMENTO/COTAS: **P5 20.49** 2º: **PAGO**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): ***** TAXAS DETRAN: PAGO ***** IPVAT: **PAGO** 3º: **PAGO**

DATA DE PAGAMENTO: **09/05/2017**

OBSERVAÇÕES: **MOTOR: KC1657C601500**

ESTABELECE O PREÇO MÁXIMO DO SEGURO DPVAT PARA VEÍCULOS DE CATEGORIA A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX, AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BI, BJ, BK, BL, BM, BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, CN, CO, CP, CQ, CR, CS, CT, CU, CV, CW, CX, CY, CZ, DA, DB, DC, DD, DE, DF, DG, DH, DI, DJ, DK, DL, DM, DN, DO, DP, DQ, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EK, EL, EM, EN, EO, EP, EQ, ER, ES, ET, EU, EV, EW, EX, EY, EZ, FA, FB, FC, FD, FE, FF, FG, FH, FI, FJ, FK, FL, FM, FN, FO, FP, FQ, FR, FS, FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GA, GB, GC, GD, GE, GF, GG, GH, GI, GJ, GK, GL, GM, GN, GO, GP, GQ, GR, GS, GT, GU, GV, GW, GX, GY, GZ, HA, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI, HJ, HK, HL, HM, HN, HO, HP, HQ, HR, HS, HT, HU, HV, HW, HX, HY, HZ, IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, II, IJ, IK, IL, IM, IN, IO, IP, IQ, IR, IS, IT, IU, IV, IW, IX, IY, IZ, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK, JL, JM, JN, JO, JP, JQ, JR, JS, JT, JU, JV, JW, JX, JY, JZ, KA, KB, KC, KD, KE, KF, KG, KH, KI, KJ, KK, KL, KM, KN, KO, KP, KQ, KR, KS, KT, KU, KV, KW, KX, KY, KZ, LA, LB, LC, LD, LE, LF, LG, LH, LI, LJ, LK, LL, LM, LN, LO, LP, LQ, LR, LS, LT, LU, LV, LW, LX, LY, LZ, MA, MB, MC, MD, ME, MF, MG, MH, MI, MJ, MK, ML, MM, MN, MO, MP, MQ, MR, MS, MT, MU, MV, MW, MX, MY, MZ, NA, NB, NC, ND, NE, NF, NG, NH, NI, NJ, NK, NL, NM, NN, NO, NP, NQ, NR, NS, NT, NU, NV, NW, NX, NY, NZ, OA, OB, OC, OD, OE, OF, OG, OH, OI, OJ, OK, OL, OM, ON, OO, OP, OQ, OR, OS, OT, OU, OV, OW, OX, OY, OZ, PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI, PJ, PK, PL, PM, PN, PO, PP, PQ, PR, PS, PT, PU, PV, PW, PX, PY, PZ, QA, QB, QC, QD, QE, QF, QG, QH, QI, QJ, QK, QL, QM, QN, QO, QP, QQ, QR, QS, QT, QU, QV, QW, QX, QY, QZ, RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI, RJ, RK, RL, RM, RN, RO, RP, RQ, RR, RS, RT, RU, RV, RW, RX, RY, RZ, SA, SB, SC, SD, SE, SF, SG, SH, SI, SJ, SK, SL, SM, SN, SO, SP, SQ, SR, SS, ST, SU, SV, SW, SX, SY, SZ, TA, TB, TC, TD, TE, TF, TG, TH, TI, TJ, TK, TL, TM, TN, TO, TP, TQ, TR, TS, TT, TU, TV, TW, TX, TY, TZ, UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ, UK, UL, UM, UN, UO, UP, UQ, UR, US, UT, UY, UZ, VA, VB, VC, VD, VE, VF, VG, VH, VI, VJ, VK, VL, VM, VN, VO, VP, VQ, VR, VS, VT, VU, VV, VW, VX, VY, VZ, WA, WB, WC, WD, WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, WM, WN, WO, WP, WQ, WR, WS, WT, WY, WZ, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, XM, XN, XO, XP, XQ, XR, XS, XT, XU, XV, XW, XX, XY, XZ, YA, YB, YC, YD, YE, YF, YG, YH, YI, YJ, YK, YL, YM, YN, YO, YP, YQ, YR, YS, YT, YU, YV, YW, YX, YY, YZ, ZA, ZB, ZC, ZD, ZE, ZF, ZG, ZH, ZI, ZJ, ZK, ZL, ZM, ZN, ZO, ZP, ZQ, ZR, ZS, ZT, ZU, ZV, ZW, ZX, ZY, ZZ

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: **2017** DATA EMISSÃO: **15/03/2018**

VIA: **2** CPF / CNPJ: **068.743.384-39** PLACA: **OJT4796**

RENAVAM: **00483194034** MARCA / MODELO: **HONDA/CG 150 FAN ESI**

ANO-FAB: **2012** DE-IMM: **9** Nº CHASSI: **9C2KC1670CR601500**

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$): **0.00** DENATRAM (R\$): **0.00** CUSTO DO SEGURO (R\$): **0.00**

CUSTO DO BILHETE (R\$): **0.00** IOF (R\$): **0.00** TOTAL A SER PAGO (R\$): **0.00**

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: **09/05/2017**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.245.006/0001-04

102-102


Agência: 2010 pontengi

Conta: 013-00153141-9

Cliente: Leonardo de Vasconcelos Silva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT 2018
PROTOCOLADO
AG. NATAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377462/18

Vítima: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 081.525.554-36

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: LEONARDO DO
NASCIMENTO SILVA

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

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA : 081.525.554-36

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: 17/10/2018
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

ANTONIONE DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180487288 **Cidade:** Poço Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXAÇÃO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO 11/10/2018, ASSINADO POR DR.TIAGO ANDRADE RODRIGUES,CRM:6224 , DA CLÍNICA OITAVA ROSADA.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante:

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO,
Nº 01, Bairro JARDINS, profissão ESTOMATISTA residente e domiciliado à Rua NATÁLIA DA COSTA LEITE,
RIO GRANDE NORTE, Município de S. G. DO AMARANTE, Estado de (o)
02.791.854, SSPI RN e CPF nº 081.625.554-36, portador (a) do RG nº.

Outorgado:

ANTÔNIO DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO,
profissão MAO DECEADA, residente e domiciliado à Rua
INDU. GUMERCINDO SARAVAN Nº 701, Bairro PAJUCARA, Município de
NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE CEP 59.122-790 portador (a) do
RG nº 026.864.35172, SSPI RN e CPF nº 008.397.644-07.

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) LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA, ocorrido em 08/07/2018, 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, 02 de AGOSTO de 2018

Cartório Único de Igarapé

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

Outorgante
CPF Nº 081.625.554-36



OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGARAPÉ
Praça São Vicente de Paula, nº 92 - Igarapé - Natal/RN - CEP: 59.304-450
(55) 3214-6810

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de:
LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA (189335), VÁLIDO SOMENTE COM SEL.

NATAL/RN, 2 DE AGOSTO DE 2018 - 14:52.

Op. 19
EMOL R\$2,83
ISSON R\$0,14

Alberto Magalhães H. de Moura, Escrevente Autorizado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377462/18

Vítima: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 081.525.554-36

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA

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

LEONARDO DO NASCIMENTO SILVA : 081.525.554-36

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: 17/10/2018
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANTONIONE DE FREITAS

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA