
Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190211156

Vítima: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

Data do Acidente: 30/03/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

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, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190211156 **Vítima: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

Data do Acidente: 30/03/2018 **Cobertura: DAMS**

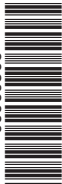
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190211156

Vítima: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

Data do Acidente: 30/03/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000050847-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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: 093.066.294-60 Nome completo da vítima: Kleysson Razoel Cavalcante de M.
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Kleysson Razoel Cavalcante de Moraes
 Profissão: Eng. Agrônomo Endereço: Sítio cougo morroco
 Bairro: Agua Rural Cidade: morroco Estado: RN
 E-mail: abelmaiaadv@gmail.com CEP: 59600-001
 Tel.(DDD): (84) 9.8773.3770

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3064 CONTA: 00050847
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data, morroco 25/02/2019
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura

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

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL

DATA: 28/12/2018

HORA: 13:16:56

TERMINAL: 30641021

CONTROLE: 306410210502

AGÊNCIA: 3064 - TERRA DO SAL

CONTA : 013,00050847-0

CLIENTE: KLEYSON RAFAEL C. DE MORAIS

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MIS DE POUPANCA POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA

VALOR

19/12

1.344,00C

20/12

69,55C

RESUMO EM 27/12

SALDO

1.413,55

RESUMO DO DIA

SALDO COM LIMITE

1.413,55C

SALDO TOTAL

1.413,55C

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA
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: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ
Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018065000475
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 07/06/2018 10.20.47
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 30/03/2018 22.00.00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
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: Córrego Mossoró
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência: MAISA
2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Branca
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 09306629480
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: ESTUDANTE
3.15 Telefone(s): 84 994090368
3.17 Número: S/N
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.2 Estado civil: Casado(a)
3.4 Pai: JOSE JORGE CAVALCANTE FILHO
3.6 Mãe: EDILENE BATISTA DE MORAIS CAVALCANTE
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 21/01/1994
3.14 RG: 003012729 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: PATU RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: SÍTIO Córrego Mossoró
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) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: *****75626
7.1.5 Placa: OJS0764
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2013
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: LUCICLEIDE MOURA DA COSTA PEREIRA
7.1.17 Nome do condutor: O DECLANTE
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: CG 150 FAN ESI
7.1.10 Ano de Fabricação: 2013
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

DECLAROU QUE CONDUZIA A SUA MOTO NA VIA QUANDO AO PASSAR POR UM "QUEBRA MOLA" SE DESEQUILIBROU E SOFREU QUEDA DA SUA MOTOCICLETA NA ESTRADA; DECLAROU QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL TARCÍSIO MAIA; RELATOU QUE COMPARECEU NESTA DELEGACIA E DECLAROU O PRESENTE BO PARA CUMPRIR FINS PROTOCOLARES DE SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA DO SEGURO DPVAT; DECLAROU QUE NÃO DESEJOU REPRESENTAÇÃO CRIMINAL NESTA DELEGACIA; QUE NÃO FOI INSTAURADO PROCEDIMENTO POLICIAL INVESTIGATÓRIO PARA APURAR O OCORRIDO DECLARADO NESTA DELEGACIA; NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 01/02/2019
Usuário: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Complemento: Retificação: O comunicante compareceu a esta delegacia e solicitou a retificação da data do ocorrido. O comunicante declarou que o fato ocorreu no dia 31/03/2018.

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 07/06/2018 10.20.47

Policial

Kleyson Rafael Cavalcante de Moraes
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Impresso por: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo em 01/02/2019 13:23:19

Protocolo: J2018065000475 - Documento de Autenticação: C176587601490307386288386876134

Página 12

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: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000050847-0

Nr. da Autenticação 4E7ADF459C6E7872

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 7308 - KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS (24 a 2 m 10 d)

Nascimento: 21/01/1994

Natural: PATU.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702608780304848

CPF: 09306629460

Prof:

Mãe: EDILENE BATISTA DE MORAIS CAVALCANTE

Pai: JOSE JORGE CAVALCANTE FILHO

Logradouro: SITIO CORREGO, 1

CEP: 59649899

Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.994507813 84 994507813

Coma:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Origem: FAMILIA

Empresa:

OBS:					Classificação: 31/03/2018 23:03:42			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: vítima de acidente automobilístico, com lesão de face. movimentos de membros preservados.

Hora: 23:15

Paciente vítima de colisão moto x carro há 4 horas. Sem capacete e alcoolizado.

A - Usa óculos sem correção.

B - MV +, bilateralmente, SRA SatO₂ = 98%

C - RCR, 2T, BNP 55, FC = 122 bpm

D - ECG = 14, pupas incoerentes polivocais

E - Escoriações em face, membros superiores e membros superiores.

Conclusão: Solicito TC de crânio
Rx de tórax - D sem alterações
Uso de NCR e BNP

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Dipirona 500mg/ml - DIAMP + ABD		IV	330	
② SF 0.9% - 2000ml		IV		
③ Alta da emergência geral				

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 31/03/2018
SAME/ARQUIVO

Dr. Filipe C. L. R. de M. M. M.
Cirurgia Geral - 024200000
CRM 151111

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão

Data: ___/___/18. Hr: ___ Ass. Médico: _____

4NCP4

Paciente vítima de colisão motorciclo
com o pavimento do asfalto + ACCIDENTADO.

GCS 14, PPR, S/D-FICIT FFLC

TC crânio: Fratura parieto-occipital ORBITA = SR
+ zigoma = SR + maxila = SR. S. Lesões intra
crâneas ausentes.

Pls da Net.

Avaliação BMF

~~Dr. Timóteo Almeida~~
~~NEUROCIRURGIÃO~~
~~CREMER-8632~~

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MATA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 04/06/2018

SAME/ARQUIVO



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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.186/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUCICLEIDE MOURA DA COSTA PEREIRA

CPF: 037.103.624-07

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MonofásicoENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CORREGO MOSSORO 185ZONA RURAL/ÁREA RURAL
MOSSORO RN
59600-001

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
008918402	UNICA	23/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/05/2018	3000858878	588851

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0853003140	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
01/06/2018	22/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	182,27

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	247,0000000	0,63888554	158,05
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,51
Contribuição Iluminação Pública			14,47
Multa por atraso-NF 004003818 - 23/03/18			2,54
Multa por atraso-NF 005455332 - 23/04/18			2,70
Juros por atraso-NF 004003818 - 23/03/18			0,45
Juros por atraso-NF 005455332 - 23/04/18			0,78
Atualização IGPM-NF 004003818 - 23/03/18			0,25
Atualização IGPM-NF 005455332 - 23/04/18			0,54
TOTAL DA FATURA			182,27

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
219022013			23-04-2018	658,00	23-05-2018	905,00	30	1,00000	247,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MAI 18	247	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Gerção de Energia R\$ 52,84 24,85%
ABR 18	246	ICMS	18,00	28,90	Transmissão R\$ 7,76 4,26%
MAR 18	238	PIS	1,22	1,95	Distribuição (Cosern) R\$ 36,91 22,99%
FEV 18	226	COFINS	5,64	9,05	Perdas de Energia R\$ 9,92 5,47%
JAN 18	235				Energia Setorial R\$ 10,38 5,47%
DEZ 17	223				Tributos R\$ 36,90 24,85%
NOV 17	210				Total R\$ 160,58 100%
OUT 17	216				
SET 17	197				
AGO 17	204				
JUL 17	194				
JUN 17	221				
MAY 17	229				

Informações importantes:
O pagamento desta Nota Fiscal Fatura deve ser feito até o vencimento em espécie no caixa da loja ou a ordem em vigor e a Amarela. Mas, fornecimento. Pago, em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEL), 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 pedidos de atendimento comercial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
TIPO DE INTERRUPÇÃO	TEMPO DE DURAÇÃO (min)	FREQUÊNCIA (vezes/mês)	TEMPO DE DURAÇÃO (min)	FREQUÊNCIA (vezes/mês)	TENSÃO NOMINAL (V)	VARIAÇÃO MÁXIMA (%)
DIC	1,00	7,59	15,19	30,39	127	10
FIC	5,51	5,58	0,00	0,00		
DMIC	5,50	5,50	0,00	0,00		

0853003140 MES/ANO 05/2018 DATA DE VENCIMENTO 01/06/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 182,27
63830000001-2 82270038400-8 85300314020-4 00974385263-3



HOSPITAL SAO LUIZ LTDA
MOTA NETO,
AEROPORTO, MOSSORO/RN - 59607-310
CNPJ: 16.579.954/0001-30
(84) 3314-7407 - ()

Atendimento: E09484
Data: 02/04/2018
Funcionário: ANE

Recibo
Registro: 8209
Hora: 08:24:00
Sexo: MASCULINO
PARTICULAR

KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS
Nasc.: 21/01/1994 Idade: 24 ANOS, 3 MESES, 11 DIAS Profissão:
End.: CORREGO MOSSORO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: MOSSORO
CPF: 093.066.294-60 - RG: 003012729
Civil: CASADO(A) CEP: 59600-01
UF: RN IBGE: 2408003

		Serviços Realizados			
02/04/2018	15:05	1018	AGUA BI-DESTILADA INJ. 10ML (ABD)	3,00	9,00
02/04/2018	15:08	1018	AGUA BI-DESTILADA INJ. 10ML (ABD)	9,00	3,00
02/04/2018	15:05	1266	CEFALOTINA 1G INJ. (CEFLEN)	1,00	16,00
02/04/2018	15:08	1266	CEFALOTINA 1G INJ. (CEFLEN)	3,00	16,00
02/04/2018	15:06	1269	CEFTRIAXONA 1G SOL. INJ. 10ML	1,00	16,00
02/04/2018	15:08	8889	CETOPROFENO 100MG, PÓ LIOFILIZADO INJETAVEL	2,00	19,60
02/04/2018	15:10	8889	CETOPROFENO 100MG, PÓ LIOFILIZADO INJETAVEL	2,00	19,60
02/04/2018	15:10	8889	CETOPROFENO 100MG, PÓ LIOFILIZADO INJETAVEL	1,00	47,79
02/04/2018	15:10	1275	CIPROFLOXACINO INJ. 200MG/100ML	1,00	18,00
02/04/2018	15:07	1456	CLINDAMICINA, FOSFATO 150MG/ML AMPOLA 4ML	2,00	5,00
02/04/2018	15:08	10139	CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML (SORO)	2,00	5,00
02/04/2018	15:11	10139	CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML (SORO)	1,00	10,00
02/04/2018	15:11	1291	CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML (SORO)	1,00	10,00
02/04/2018	15:07	1354	DIPIRONA 500MG/ML 2ML	3,00	10,00
02/04/2018	15:09	1354	DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00	12,00
02/04/2018	8:24	934	HEMOGRAMA	1,00	19,08
02/04/2018	15:11	1610	OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00	50,00
02/04/2018	15:11	193	TAXA DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	1,00	300,00
02/04/2018	14:42	00021	TOMOGRAFIA FACE SEM CONTRASTE	1,00	300,00
02/04/2018	15:12	665	VISITA MEDICA AO APARTAMENTO/ENF	1,00	60,00

Sub-Total: 771,27
Desconto:
Total: 771,27

RECIBO DE PAGAMENTO
HOSPITAL SAO LUIZ LTDA
Assinado por: *[Assinatura]*
Data: 02/04/2018

Exame: E09484	INTERNADO	Coletado:	Data: 02/04/2018
Paciente: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS		Sexo: MASCULINO	
Médico(a): DARIO GIORDANO DE OLIVEIRA SOUZA		Idade: 24 ANOS, 3 MESES, 11 DIAS	
Envio: PARTICULAR	Leito: OF01 Enfermaria: OF	Impresso: 02/04/2018	

MOGRAMA

Exame:	
Idade:	

MOGRAMA

RÓCITOS	4,71 milhões/mm ³	4,5 a 6,7 milhões/ul
IOGLOBINA	13,9 g%	13,0 a 18,0 g/dl
IATÓCRITO	42,5 %	41,5 a 54,7 %
M	90,23 u ³	82,0 a 92,0 fl
M	29,51 pg	27,0 a 31,0 pg
CM	32,71 %	32,9 a 36,0 g/dl
ERVAÇÕES		

MOGRAMA

ÓCITOS	11650 mm ³	5.000 a 10.000 /ul
ÓCITOS	0 %	
AMIELÓCITOS	0 %	0 a 100 /ul
ONETES	2 %	150 a 600 /ul
MENTADOS	78 %	2.750 a 6.500 /ul
ÓFILOS	0 %	0 a 100 /ul
NÓFILOS	1 %	55 a 220 /ul
ÓCITOS	17 %	1.000 a 3.200 /ul
ÓCITOS	2 %	200 a 800 /ul
ÓCITOS ATÍPICOS	0 %	
TAGEM GERAL	100,00	100%
QUETAS	202.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /ul

ERVAÇÕES

SERVAÇÃO GERAL:



Schinhare

CRF 3569 - ANE COSTA LINHARES NO NASCIMENTO



HOSPITAL SAO LUIZ LTDA

MOTA NETO,
AEROPORTO, MOSSORO/RN - 59607-310
CNPJ: 16.579.954/0001-30
(84) 3314-7407 - () -

Atendimento: I01478
Data: 10/04/2018
Funcionario: CLAUDIA1

Recibo

Registro: 8209
Hora: 07:31:00

Sexo: MASCULINO

Senha 0

PARTICULAR

KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

Nasc.: 21/01/1994 Idade: 24 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão:
End.: CORREGO MOSSORO, 0 - Bairro: ZONA RURAL

CPF: 093.066.294-60 - RG: 003012729
Civil: CASADO(A) CEP: 59600-
Cidade: MOSSORO UF: RN IBGE: 2408003

Serviços Realizados

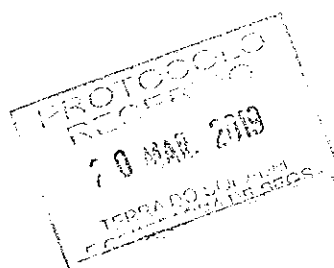
10/04/2018	7:39	753	FRATURA DE OSSO ZIGOMATICO	1,00	1.500,00	1.500,00
------------	------	-----	----------------------------	------	----------	----------

Sub-Total: 1.500,00

Desconto:

Total: 1.500,00


HOSPITAL SAO LUIZ LTDA



Solicit para Pleyson Rafael Co
coute

- ① Amofeno
- ② Coefibram
- ③ Glicemia em jejum

Inds Pré-op.

02/04/18

Dr. Adriano Albuquerque
CURSO AUCOMEX
CNPJ 07.000.000/0001-00

CNPJ: 16.579.954/0001-30
Av. Mola Neto, 26 | Bairro Aeroporto | Mossoró-RN | Fone: (84) 3314-7407

PROTÓCOLO
RECEBIDO
70 MAR 2018
TUBA DO SUL
FARMACIA DE ESPECIALIDADES

Kleyson Rafael Souza Almeida de Jesus

24 anos

Hospital
São Luiz

Qualidade e Humanização
Atendimento 24h

Leito para Kleyson Rafael Constante

1) ECG + parecer Cardiologista

Anal: Pré-op

02/04/18

Dr. Adriano Albuquerque
Cirurgião Bucal Maxilofacial
CRM 2477

CNPJ: 16.579.954/0001-30

Av. Mota Neto, 26 | Bairro Aeroporto | Mossoró-RN | Fone: (84) 3314-7407

PROTOCOLADO
RECEBIDO
70 MAR 2018
FARMACIA DO HOSPITAL
15h 12min 15s

RECIBO

VALOR DO RECIBO: R\$ 1.400,00

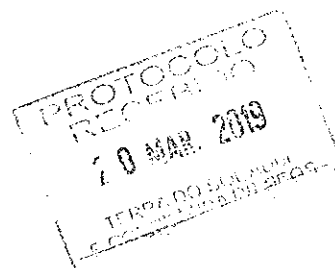
Recebi de Kleyson Rafael C. De Moraes de CPF 093.066.294-60 o valor de R\$1.400,00 (UM MIL E QUATROCENTOS REAIS) referente à auxílio de tratamento cirúrgico.

Edson Fernandes Jales

EDSON FERNANDES JALES

CPF 596.179.264-15

CRO-RN 1417



Mossoró, 10/04/2018

**Dr. Adriano
Albuquerque**

Cirurgião Bucomaxilofacial
Implantodontia
CRO/RN 2477



Odontologia Especializada

**Dra. Maria
Teresa**

Periodontista
Dentística
CRO/RN 2646



RECIBO

R\$5.200,00

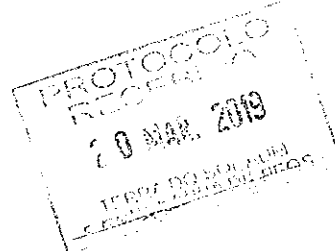
Recebi de Kleyson Rafael C. De Moraes de CPF 093.066.294-60 o valor de R\$5.200,00 (Cinco Mil e Duzentos Reais), referente à tratamento cirúrgico de fratura de zigoma esquerdo.

Dr. Adriano Albuquerque
CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL
IMPLANTODONTIA
CRO/RN 2477

Adriano E. C. de Albuquerque

CPF 028.354.004-43

CRO/RN 2477



Mossoró, 10/04/2018.

Edifício West Clinical Center

Rua: Duodécimo Rosado, 337 | Sala 107

Doze Anos | Mossoró/RN

Fones: (84) 3314.0868 / 98899.8023



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000007423	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 11/04/2018 às 15:26:33	Competência ABR/2018
Código de Verificação GGRA84416	Data Prest. de Serviço 11/04/2018

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ: 07.275.740/0001-80 Inscrição Municipal: 009.952-0
Razão Social: CLINICA DE ANESTESIOLOGIA DE MOSSORÓ LTDA
Endereço: RUA 6 DE JANEIRO, 5, 59611-070, NOVA BETANIA
Município: Mossoró UF: RN
Telefone: 8433141552 E-mail: cam.anestesia@gmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS
CPF/CNPJ: 093.066.294-60 Inscrição Municipal:
Endereço: SÍTIO CORREGO, S/N, 59600-010, ZONA RURAL
Município: MOSSORÓ UF: RIO GRANDE DO NORTE
Telefone: 8400000000 E-mail:

SERVIÇOS

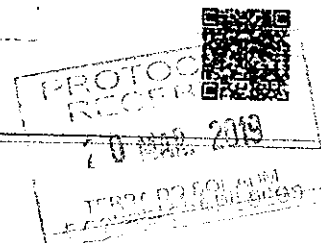
4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	ANESTESIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ZIGOMÁTICO. REALIZADA DIA 10/04/2018.	1,00	900,00	900,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 900,00

Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 900,00	Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS (R\$) 45,00	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES



PAGO

Em 24/04/2018

**HOSPITAL SAO LUIZ LTDA**

MOTA NETO,
AEROPORTO, MOSSORO/RN - 59607-310
CNPJ: 16.579.954/0001-30
(84) 3314-7407 - () -

Atendimento: I01460
Data: 01/04/2018
Funcionario: CLAUDIA1

Recibo

Registro: 8209
Hora: 14:56:00

Sexo: MASCULINO

Senha 0

PARTICULAR**LEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**

asc.: 21/01/1994 Idade: 24 ANOS, 3 MESES, 11 DIAS Profissão:

Id.: FRANCISCO DE ARAUJO PINTO, 21 - CONJUNTO Bairro: SANTO ANTONIO

CPF: 093.066.294-60 - RG: 003012729

Civil: CASADO(A) CEP: 59600-1

Cidade: MOSSORO UF: RN IBGE: 2408003

Serviços Realizados

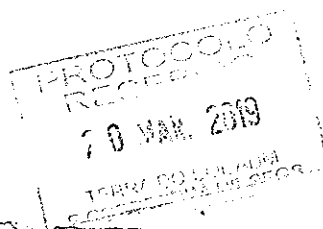
/04/2018	15:09	516	CONSULTA CLINICO GERAL	1,00	150,00	150,00
/04/2018	15:09	804	DIARIA CLINICA DE ENF. C/ PACOTE	1,00	160,00	160,00
/04/2018	15:09	193	TAXA DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	1,00	50,00	50,00

Sub-Total: 360,00

Desconto:

Total: 360,00


HOSPITAL SAO LUIZ LTDA



Dr. Adriano
Albuquerque

Cirurgião Bucomaxilofacial
Implantodontia
CRO/RN 2477



Odontologia Especializada

Dra. Maria
Teresa

Periodontista
Dentística
CRO/RN 2666

REQUISIÇÃO DE EXAME

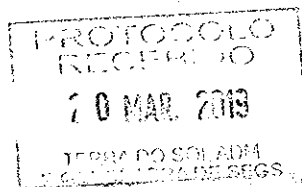
Solicito para KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

1. Radiografia de Face (PA e perfil)

INDICAÇÃO: controle pós-operatório

Mossoró, 24/04/18.

Dr. Adriano Albuquerque
Cirurgião Bucomaxilofacial
Implantodontia
CRO/RN 2477



Edifício West Clinical Center

Rua: Duodécimo Rosado, 337 | Sala 107

Doze Anos | Mossoró/RN

Fones: (84) 3314.0868 / 98899.8023



Exames
Ecocardiograma
Eletrocardiograma
UTI

Victor Manuel Diaz Alvarado

CARDIOLOGIA
CRM 3545

Risco Cirúrgico Cardiológico

Paciente **KLEYSON RAFAEL CAVALANTE DE MORAIS**

- Idade: **24 ANOS**
- Cirurgia: **FAE**
- Queixas: **DOE NO LOCAL**
- Sintomas Cardíacos: Sim () Não (X)
- Medicação em Uso: Sim (X) Não ()
- Antecedentes Pessoais: Fumo () Cirurgia Recente () DM () Asma ()
- Antecedentes Familiares: Sim (X) Não () DM

Exame Físico: Beg (X) Acianótico (X) Orientado (X) Vigil (X)

- A.C: Rcr2t (X) Bnf (X) S/Sopros (X)
- A.P: MV (X) Sem ruídos adventícios (X)
- P.A: **130/70** mm/Hg

Eletrocardiograma

- Ritmo: Sinusal: Sim (X) Não ()
- F.C: **+/- 75** bpm Normal Sim (X) Não ()
- Eixo: **9** graus

Dr. Adriano Albuquerque
 CIRURGIÃO DE CABEÇA E CERVIC
 CRM 3545

**** Risco Cirúrgico Classe: I**

Dr. Victor Manuel Diaz Alvarado (de IV)
 CARDIOLOGIA / CLÍNICA GERAL
 CRM 3545

Victor Manuel Diaz Alvarado
CRM 3545

MOSSORÓ 04.04.2018

SOMOS

Rua Juvenal Lamartine, 640, Centro - Mossoró/RN - Fone: 84 3321.4088
 E-mail: diazalvarado@uol.com.br

PROTOCOL
 RECEBIDO
 0 MAR. 2018
 TERRA DO SOL
 FARMACIA

Numero : 0001116477
Nome : KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS
Médico : ADRIANO ALBUQUERQUE
Convênio: Particular - 01

Data de Cadastro: 04/04/2018
Telefone: 8494507813
Idade: 24 Ano(s)
RG: 3012729

HEMOGRAMA COMPLETO

(Sangue Total EDTA)

SERIE VERMELHA:

(s)	Valores Encontrados	Valores referenciais / idade: 24 Ano
Hemácias em milhões/mm ³	4,79	4,50 a 6,50
Hemoglobina g/dL.....	15,00	13,50 a 18,00
Hematócrito em %.....	45,50	40,00 a 54,00
Volume Corpuscular Médio em um ³	94,99	80,00 a 98,00
Hemoglobina Corp.Média em pg.....	31,32	26,00 a 34,00
Concentração Hemoglobina em %...	32,97	32,00 a 36,00
RDW em %.....	11,60	11,50 a 15,50

PLAQUETAS:

(s)	Valores Encontrados	Valores referenciais / idade: 24 Ano
Plaquetas em mil/mm ³	193,00	150,00 a 450,00
MPV em um ³	10,20	6,00 a 10,00
PDW em %.....	18,00	8,00 a 18,00

Observação: Serie vermelha sem alterações morfológicas. Plaquetas morfolologicamente normais.

SERIE BRANCA:

(s)	Valores Encontrados	Valores referenciais / idade: 24 Ano
Leucocitos em /mm ³	% 6900	% 4.000 a 11.000
Linfócitos Típicos.....	25,00 1725	20 a 45 800 a 4.950
Monócitos.....	8,60 593,4	1 a 11 40 a 1.100
Neutrof. Mielocitos.....	0,00 0	0 a 0 0 a 0
Neutrof. Metamielocitos.....	0,00 0	0 a 1 0 a 110
Neutrof. Bastonetes.....	2,00 138	1 a 5 40 a 550
Neutrof. Segmentados.....	63,30 4367,7	45 a 70 1.800 a 7.700
Eosinófilos.....	1,10 75,9	1 a 6 40 a 660
Basófilos.....	0,0 0	0 a 2 0 a 220
Linfócitos Atípicos (ALY).....	0,00 0	0 a 2 0 a 220

Observação: Serie branca sem alterações morfológicas.

Automação: ABX - Pentra 80

Dúvidas na interpretação ou inconformidades: Consulte-nos pelo fone 84 9.9666-4443

Dra. Fernanda Cinthia Diniz Texeira
CRF 3258

PROTOCOLO RECEBIDO
20 MAR 2019
Dr. Adriano Albuquerque
RUA DO BUCARATI, 105
MILITANTIA
301 2477

IMPORTANTE: Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde. Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados.

[illegible]

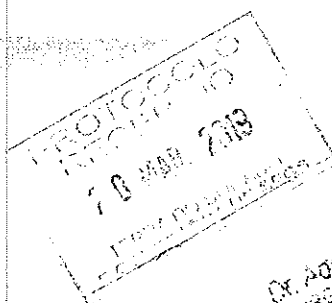
(84) 3323.8800 (Matriz) | www.cacim.com.br | cacim@cacim.com.br


Numero : 0001116477
Nome : KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS
Médico : ADRIANO ALBUQUERQUE
Convênio: Particular - 01

Data de Cadastro: 04/04/2018
Telefone: 8494507813
Idade: 24 Ano(s)
RG: 3012729

GLICOSE.....: 87 mg/dL
(soro) Automação: Advia 1800
Valores referenciais: (70 a 99)


Dra. Fernanda Cinthia Diniz Texeira
CRF 3258




Dr. Adriano Albuquerque
RUA DO BOM DIA, 1000
JARDIM ANTIOQUIA
6100-2477

IMPORTANTE: Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde. Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/DOCCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF*.

* Superintendência de Seguros Privados – SUSEP: órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. 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 Wellington da Costa Filho

inscrito (a) no CPF/CNPJ 104.061.604/65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Kleyson Rafael Cavalcante de M. inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.066.294-60

do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Kleyson Rafael Cavalcante de M.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.066.294/60 conforme determinação da Circular Susep 445/12

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

☒ Recuso informar

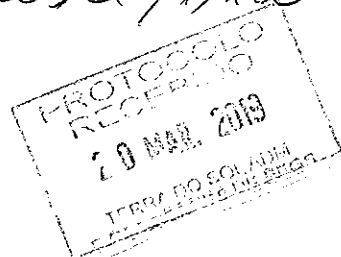
Declaro que o endereço informado é verdadeiro e atualizado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Santa Elza
Bairro: Área Rural Cidade: Morroco
Email: abelmaiaadv@gmail.com

Número: 14 Complemento: Santa Elza
Estado: RN CEP: 59600-005
Tel. (DDD): (84) 9.8773-3770

Local e Data:

Antonio Wellington da Costa Filho
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lucicleide Moura da Costa Pereira,

RG nº 002.044.880, data de expedição 08/07/2017

Órgão SSP, portador do CPF nº 037.103.624-07, com domicílio na cidade de Mossoró, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Corrego Mossoró, nº 185,

complemento Zona Rural declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Kleyson Rafael C. de Moraes cujo o condutor era Kleyson Rafael C. de Moraes.

Veículo: Moto

Modelo: FAN 150

Ano: 2013

Placa: 0150 764

Chassi: 9C2KC1B 70 DR4 75626

Data do Acidente:

Local e Data: Mossoró 07/06/2018

Lucicleide Moura da Costa Pereira

Assinatura do Declarante

Kleyson Rafael Cavalcante de Moraes

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

5º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE
FABIANA DA SILVA MAGALHÃES - Notária Pública e Oficial dos Registros de Títulos e Documentos e pessoas jurídicas em Exercício
Rua Cel. Vicente Sabóia, 83-A, Centro - Mossoró/RN - CEP: 59600-120 - Telefax: (84) 3316-1940 - E-mail: volcicomossoror@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es):
LUCICLEIDE MOURA DA COSTA PEREIRA, Registro: 0107 122 00039375,
Mossoró/RN, 07 de junho de 2018.

[Assinatura]

☐ Fabiana da Silva Magalhães ☒ Kesia Valéria da S. Galdino ☐ Alida Lúcia de Sena A. Souza

Válido somente com selo de autenticidade. Emolumentos R\$2,97 (Resolução nº 04/2018-TJ/RN, de 21/02/2018)

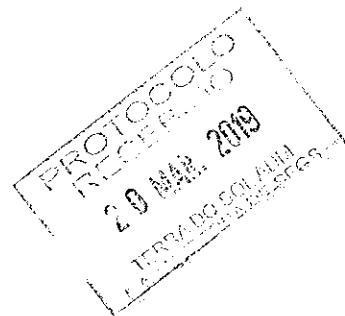
5º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE
FABIANA DA SILVA MAGALHÃES - Notária Pública e Oficial dos Registros de Títulos e Documentos e pessoas jurídicas em Exercício
Rua Cel. Vicente Sabóia, 83-A, Centro - Mossoró/RN - CEP: 59600-120 - Telefax: (84) 3316-1940 - E-mail: volcicomossoror@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es):
KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS, Registro: 0107 123 00039375,
Mossoró/RN, 07 de junho de 2018.

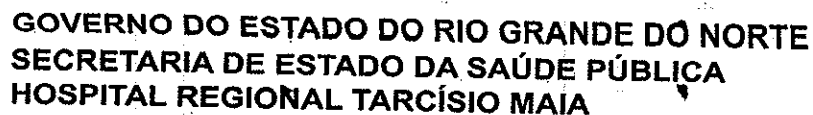
[Assinatura]

☐ Fabiana da Silva Magalhães ☒ Kesia Valéria da S. Galdino ☐ Alida Lúcia de Sena A. Souza

Válido somente com selo de autenticidade. Emolumentos R\$2,97 (Resolução nº 04/2018-TJ/RN, de 21/02/2018)



*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 31 de Março de 2018.



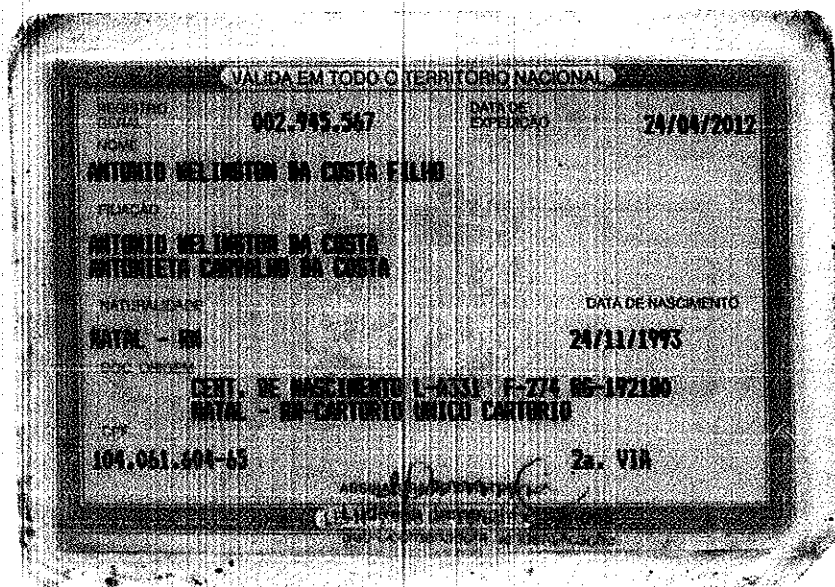
Nome: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS Leito: _____

Dr. Kamilo Agostinho
Cirurgião Bucomaxilofacial
CRQ-RN 3179

[illegible]

[illegible]

PROTOCOLLO
RECEIVED
7 0 MAY 2019
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

Nº 013702759947

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM 00532966392 ANO 2018

RECEBI DE NOTAR DO GOV DO ESTADO

PLACA 0150764

037.103.624-07

00532966392

ESPRESSO

ALCOOL GASOL

ANOMOD 2013

ANOMOD 2013

ANOMOD 2013

ANOMOD 2013

ANOMOD 2013

ANOMOD 2013

ANOMOD 2013

PROTOCOLO
NECESSÁRIO
20 MAR 2019
TERRA DO SOLADIM

RN Nº 013702759947 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 26/02/2018

PLACA 0150764

037.103.624-07

00532966392

902K01670DR475626

902K01670DR475626

902K01670DR475626

902K01670DR475626

902K01670DR475626

902K01670DR475626

902K01670DR475626

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

110217

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190211156**Data do acidente:** 30/03/2018**Vítima:** KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS**Atendimento:** HOSPITAL**Cidade:** Mossoró**UF:** RN**Análise:** Primeira Análise**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A**Data:** 25/04/2019 16:52:23

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE FRAT DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE PARTE NE -**Internação:** Não**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.02.07.07-0	FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO	7500,00	4360,29
Total da Análise Atual			7500,00	4360,29

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL FOI ATINGIDO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	7500,00	4360,29	2700,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	7500,00	4360,29	2700,00

TOTAL PLEITEADO: 7500,00**TOTAL AVALIADO:** 4360,29**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: TECNICO EM AEROPONIA Data do Acidente 31/03/18,
Cobertura INVALIDEZ, portador(a) do RG 3.012.729, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 093.066.294-60 residente no(a)
SÍTIO CÔRMOGO nº SIN,
bairro: ZONA RURAL, município: MOSSORÓ / RN.

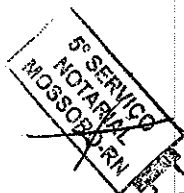
OUTORGADO:

Nome: ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRO Profissão: COMERCIAL, portador(a) do RG
2.245.567, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 104.061.604-65, residente
no(a) PA SANTA ELZA nº 14,
bairro: CENTRO, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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



MOSSORÓ/RN 01/02/2019

Local e Data

Kleyson Rafael Cavalcante de Moraes

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



5º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE
FABIANA DA SILVA MAGALHÃES - Notária Pública e Oficial dos Registros de Títulos e Documentos e pessoas jurídicas em Exercício
Rua Cel. Vicente Sabóia, 83-A, Centro - Mossoró/RN - CEP: 59600-120 - Telefone: (84) 3316-1940 - E-mail: vofidomossoro@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(s) Senhor(es):

KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS Registro: 0116 00044787

Mossoró/RN

01 de fevereiro de 2019.

F. Galdino

☒ Fabiana da Silva Magalhães ☒ Kessia Valéria da S. Galdino ☐ Alde Ligia de Senna A. Souza

Válido somente com selo de autenticidade de Empenhos (R\$2,97) Resolução nº 04/2018-TJRN



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094104/19

Vítima: KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS

CPF: 093.066.294-60

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 30/03/2018

Titular do CPF: KLEYSON RAFAEL
CAVALCANTE DE MORAIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO : 104.061.604-65

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

KLEYSON RAFAEL CAVALCANTE DE MORAIS : 093.066.294-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/03/2019
Nome: ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO
CPF: 104.061.604-65

ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA