

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11138200

A/C: ANTONIO SOUSA DO ROSARIO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289279 ASL-0200624/17
Vitima: ANTONIO SOUSA DO ROSARIO
Data Acidente: 09/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: POLIANA MONIK ASSIS DE NORONHA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/04/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11065179

A/C: ANTONIO SOUSA DO ROSARIO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289279 ASL-0200624/17
Vítima: ANTONIO SOUSA DO ROSARIO
Data Acidente: 09/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: POLIANA MONIK ASSIS DE NORONHA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO SOUSA DO ROSARIO**

Nº Sinistro: **3170289279**
Vitima: **ANTONIO SOUSA DO ROSARIO**
Data do Acidente: **09/04/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **POLIANA MONIK ASSIS DE NORONHA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170289279**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12084733

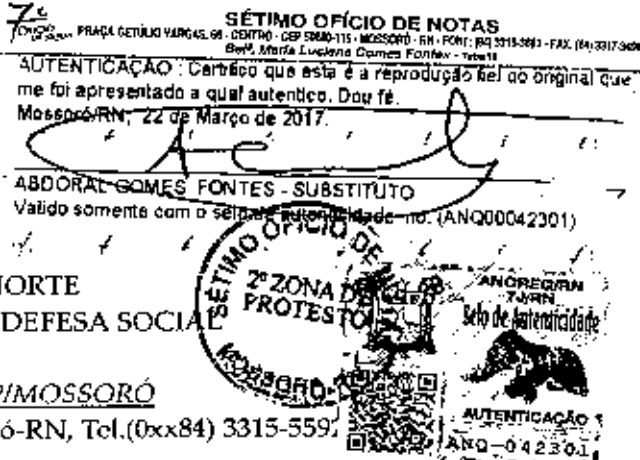




ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

SEGUNDO DISTRITO POLICIAL - 2ª DP/MOSSORÓ

Rua Camilo de Paula, s/nº, Bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Tel.(0xx84) 3315-559



BOLETIM DE OCORRÊNCIA (DECLARATÓRIO) Nº 68/2017.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito (Declaratório).

LOCAL DO FATO: próximo ao Shopping, Abolição IV, Mossoró/RN.

DATA E HORA DO FATO: 09/04/2016, por volta das 17:00hs.

Boletim de ocorrência



DECLARANTE: Antônio Sousa do Rosário

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Marechal Hermes s/n Barrocas, Mossoró/RN.

DATA DE NASCIMENTO: 25/09/69

DOCUMENTO: RG nº 001423831 SSP/RN

TEL: (84) 99114-1900

VÍTIMA: O declarante.

NOTICIADO: Motorista desconhecido de um carro, não sabe placa.

DECLARAÇÃO DA OCORRÊNCIA

O declarante relata que na data, hora e local, acima supracitado, conduzia a moto placa QGF6227/RN, RENAVAM nº 01082736802, Traxx 50cc, em nome de Williany Adrienc da Silva, (Conforme documento apresentado em anexo) quando "quando ele (o noticiado) bateu na minha moto e fugiu", resultando, assim, em uma "queda"; Que foi atendido no Hospital Regional Tarcísio Maia; Declara que a polícia civil não compareceu ao local/data/hora/dia do fato ocorrido; Que declara o registro do presente BO para fins de DPVAT; Nada mais disse.

DATA E HORÁRIO DO ASSENTAMENTO DAS DECLARAÇÕES: 19/01/2017, às 14h47min.

OBS.: Não compareceu nenhum servidor desta delegacia (2ª DP de Polícia Civil/Mossoró-RN) no local do ocorrido para constatar a veracidade das declarações prestadas.

OBS: As declarações constantes neste ato declaratório para assentamento deste **B.O. declaratório** são de inteira responsabilidade do declarante.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Elaboração do B.O. declaratório. Ciente e comunicado a chefia desta DP. Não houve representação criminal ou procedimento policial/investigatório instaurado nesta 2ª DP-Mossoró/RN.

ASSINATURA DO DECLARANTE RESPONSÁVEL



apv Helder-1690205



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA

Mossoró 01 de Maio de 2016

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a) **ANTONIO DE SOUSA DO ROSÁRIO**,
RG 001.423.831 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: S/N

Nome do Paciente: **ANTONIO DE SOUSA DO ROSÁRIO**, 47 anos.

Data: 09/04/2016

Local da ocorrência: Próximo ao Condomínio Quintas dos Lagos

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 02

Hora do Chamado: 17h 01min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU,
encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

Ananda Ruth de Paula Góis
192 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Mossoró 59715-0

Silvania do Monte Santiago

Agente administrativo SAMU/Mossoró

Ananda Ruth de Paula Góis

Diretora do SAMU/Mossoró





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSA DO NETO

REGISTRO

2.557-17

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

37 Anos

Nome: Antonio Sousa do Rosario D. N. 11/06/1980
Endereço: Rua: Assent Fazenda Nova Cartão SUS nº 123456789
Cidade: Barauna Bairro: Barauna U.F. RN Fone: 3333-3333
Município: Barauna Mãe: Antônia Pai: João

Data: 09/04/17Hora: 17:01A.C.C.R.: VERDI

VERDI

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão frontal), alcoolizado, atendido pelo protocolo do SAMU. Colaborativo.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME ORIGINAL
SABE-MOSSORO
SABE-TARQUINO

2 - EXAME FÍSICO

A - Vias aéreas livres, não cervicalgia
B - murmúrio vesicular presente em ambas as hemitórax, rales
C - RCR, RT, BNF. Estado hemodinâmico bom. Pulso presente
D - Glósgoma de II (calcificado)
E - Sem excitação, reflexos condutíveis e em ambos os membros inferiores.
Abdomem gláudio, indolor.

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

trauma

ARUANA SEGUROS
24 MAI 2017

CONDIÇÃO MÉDICA

Data: / /

Hora: :

- 116 e 117
- USG abd. min. ap
- Rx tórax AP, pelve AP, coluna cervical em perf.
- Parecem de osteoporose
- Parecem de ACR

DR. EDSON COELHO
CRM: 5680

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
①	Paracetamol			
②	SAT 5000 U im			
③	SF 0.9% 200 ml EV		manhã 8h, 2h, 4h	Leucine
④	Cefotaxima 1g 16h EV		19h30	

DR. EDSON COELHO
CRM: 5680

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

ENCERRAMENTO DO ATENDIMENTO

ALTA DO PACIENTE () SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever):

Hora: :

DR. EDSON COELHO
CRM: 5680

CONDIÇÃO MÉDICA

Data: / /

Hora: :

- U6 e UT
- USG abd. sup
- Rx tórax AP, pelve AP, coluna cervical em perf
- Parecer da ortopedia
- Parecer de ACR

DR. EDUARDO M. SILVA
CRM 5000

CONDICIONAMENTO

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMEIRAGEM	
			TECNICÁRIO	ARMANDO
1	Paracetamol		MARTIN R. 2. 3. 4. J. 1990	PEREIRA
2	SAT 5000 U. Im			
3	SF 0.9% 300 ml EV			
4	Cefotaxima 1g NG6 EV			

DR. EDUARDO M. SILVA
CRM 5000

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

DIAGNÓSTICO(S) DIFERENCIAL

1. INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO 2. INFECÇÃO DE TRATO GASTROINTESTINAL 3. TRANSFERÊNCIA 4. TRANSFERÊNCIA

ARUANA SEGUROS
24 MAI 2017

ARUANA SEGUROS
30



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Hospital Regional Tereza Maria			
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		Aurélia Souza do Rosário	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		15/11/71	
9 - SEXO		10 - RACIA	
F		P	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - DDD DO MUNICÍPIO	
Assento Precito Fazenda Nova		18 - UF	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		19 - CEP	
Barro Preto		RN	

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
Ardor de mãos		DR. ELTON NOGUEIRA	
USG Ligam. l. m. 250cm		Cirurgião, ORTOPEDIA	
		CRM-6800	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		ARUANA SEGUROS	
Rsa de vnt		24 MAI 2017	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REACTIAIS)		CAPITAL REGIONAL DE PROTEÇÃO	
USG 250cm		ESTA CONFORME O	
		SANEAMENTO	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
250cm 250cm		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
Clínica		Urgência	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
() CNS () CPF		0105019221313	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Elton		31/11/2017	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
Elton			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAÍDO		41 - SÉRIE	
		42 - CNPJ EMPRESA	
		43 - CNAE DA EMPRESA	
		44 - CBOE	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. EMISSÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
1/1			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Antonio Sany de Souza

Reg N°

Diagnóstico pré-operatório: Abdominal agudo

Indicação terapêutica: Exploratório

INTERVENÇÃO

Início: 08h Fim: 09h

Duração:

Operador: Dr. E. C. R. B.

1° Auxiliar: Dr. V. R. T. M.

2° Auxiliar:

3° Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Valmor

DR. E. C. R. B.
Cirurgião Geral
CRM 12.345

DR. V. R. T. M.
Cirurgião Geral
CRM 12.345

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa (X) Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Dr. E. C. R. B.

Dr. V. R. T. M.

Dr. S. S. S. S.

Dr. A. A. A. A.

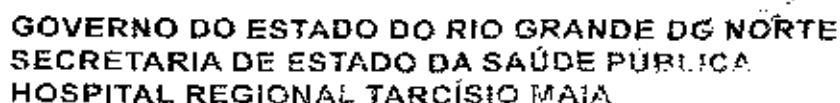
Dr. B. B. B. B.

Dr. C. C. C. C.

Dr. D. D. D. D.

DR. E. C. R. B.
Cirurgião Geral
CRM 12.345

ARUANA SEGUROS
24 MAI 2017



Nome: Antônio Souza da Rocha

LEAD: 206-3

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
13/04/16	① Dieta branda			
	② SF 0.9% 2000ml EV em 24h			
	③ KCl 19.1% 1 amp. no 1 ^a , 2 ^a , 4 ^a			
④	④ Enoxatona 1g + 20ml ABD, B/BH, EV (SUSPENSO) - SUSPENS			
	⑤ Dipiriena 2ml + 8ml ABD, até 6/6h EV, SN			
	⑥ Tramadol 100mg + 500ml SF 0.9% B/BH EV, SN			
	⑦ Omeprazol 40mg - 1 FA + diluente 1x/dia, EV			
	⑧ Deambulas			

ARUANA SEGUROS
24 MAY 2017



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

09.04.16
DATA DE ENTRADA

Nome do Usuário:		Naturalidade:	
Antonio Saura do Rosario		Mossoró-RN	
Filiação:	Manoel Antonio do Rosario		
Rita Saura do Rosario			
Estado Civil:	Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
União Estável	25/09/1969	47	M
Endereço:		Renda Mensal R\$:	
Fazenda Nova			
Bairro:	Cidade:	Profissão:	
Lobo-Rual	Mossoró-RN	Servente	
Fonte de Referência:			
CNS - Cartão Nacional do SUS:		CPF:	RG:
		942.684.364-72	001.423.81
Telefone para contato:			
Pessoa Responsável:		Grau de Parentesco:	Telefone:
Rosalia Freitas do Silva		Companheira	99114-1900

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	PRÓPRIA	ALUGADA	CEDIDA	TELEFONE
✓	✓			
ÁGUA	LUZ	YATIA	ALVENARIA	
✓	✓		✓	
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	CRIANÇA	ADOLESCENTE	ADULTO	IDOSO
02			02	

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ	REFEIÇÃO	NORMAS E ROTINAS	ORIENTAÇÃO
			✓

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Acidente de trânsito

CLÍNICA: Cirúrgica LEITO: 213.1

Observações:

ARUANA SEGUROS
24 MAI 2017



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MATA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Antônio Souza de Araújo

SITIO: 206-3

DATA	EVOLUÇÃO
14/04/16	5º DPO : Esplenectomia.
	Paciente com melhora do quadro. Mantém quadro estável. Com queixa de dor abdominal. Ingera atividades físicas e eliminação de fezes.
	Al. trans: Bile, normocorado, normohidratado, apnéia, dispnéia.
	Abd: flácido, doloroso a palpação.
	VO: língua, com ^{excesso} secreção.

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			NOMENCLATURA	ASSINATURA
14/04/16	① Pictas bandex laxativa			
	② SF 0,9% 200ml EV Zúho			
	③ Kcl 39,3% 4 amp no 8c, 2c e 4c 800			
	④ Mipronex 2ml + Butil Arg. 0,5% 0,5% EV SF			
	⑤ Tramal 100mg - 100ml 60,9%			
	100ml EV SN			
	⑥ Omeprazol 40mg 1FA - 100ml 4x dia			
	⑦ De am biclorid. 100ml			
	<u>Alta Hospitalar</u>			

ARUANA SEGURO
24 MAI 2017

DR. FÉLIX SEQUEIRA

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

NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME

001.423.831

DATA DE EMISSÃO

21/08/2014

ANTONIO SOUSA DO ROSARIO

FILIAÇÃO

MANUEL ANTONIO DO ROSARIO

RITA SOUSA DO ROSARIO

NATURALIDADE

MOSSORO RN

DOC. ORDEM

CERT. DE NASCIMENTO Nº 713 F-123 BE-108674

CPF

942.684.364-72

DATA DE NASCIMENTO

25/09/1969

2a. VIA

LEI Nº 13.036 DE 2014

CÓDIGO DE CONTROLE

7CE0.34F2.5D0E.3F76

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:52:33 do dia 25/01/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

942.684.364-72

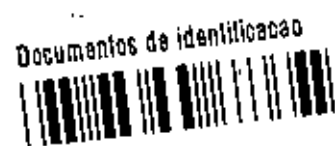
Nome

ANTONIO SOUSA DO ROSARIO

Nascimento

25/09/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



ARUANA SEGUROS

24 MAI 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

VALIDA EM TODOS
 OS REGISTROS NACIONAIS
 1157244615

POLIANA MONIK ASSIS DE NORONHA

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. / INSCRIÇÃO
 003072986 SSP RN

CPF
 096-058.024-85 DATA DO REGISTRO
 05/02/1993

RENÇÃO
 PAULO SÉRGIO CASTRO DE
 NORONHA
 SUELY EMANOELA ASSIS
 DE NORONHA

RENDAÇÃO
 06142378832-07/10/2018 07/08/2014

CREP-WCOLI

Assinatura do Portador

LOCAL
 MOSSORO, RN DATA DO REGISTRO
 12/08/2015

64521146673
 RN702251130

SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1157244615

Documentos de identificação



ARUANA SEGUROS
 24 MAI 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012160983812
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. RENAVAM 01082736902 EXERCÍCIO 2016

NOME DO PROPRIETÁRIO
PLACA ANT./UI
ROD. 622-8

PLACA 622-8

CHASSI 951BCKBAV58000884

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARKA/MODELO MOTO TRAXX/16500-9

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP/POV/CIL. 2 CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

VENO/COTAS 1º 1500 2º 1500 3º 1500

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00,00 DATA DE PAGAMENTO 08/06/2016

PREMIO TOTAL (R\$) 00,00

DATA DE PAGAMENTO 08/06/2016

DATA DE EMISSÃO 05/04/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE LOUPOR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO SEGURO DPVAT

RN Nº 012160983812 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvat.seguredotransito.com.br

SAC DPVAT 0800-022-1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 05/04/2016

PLACA 622-8

CHASSI 951BCKBAV58000884

MARKA/MODELO MOTO TRAXX/16500-9

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP/POV/CIL. 2 CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

VENO/COTAS 1º 1500 2º 1500 3º 1500

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00,00 DATA DE PAGAMENTO 08/06/2016

PREMIO TOTAL (R\$) 00,00

DATA DE PAGAMENTO 08/06/2016

DATA DE EMISSÃO 05/04/2016

SEGUROADORA LIDER DPVAT

CK: 00.248.602/0501-01

www.seg.tratadolider.com.br



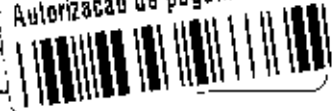
ARUANA SEGUROS
24 MAI 2017



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO CAMPO

PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

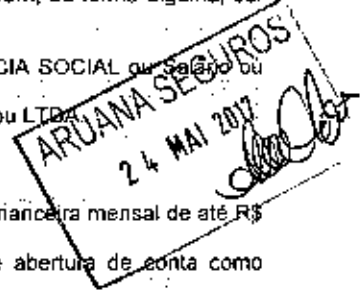
EU, Antonio Sousa do RosárioPORTADOR(A) DO RG Nº 001.423.831 EXPEDIDO POR SSP - RN EM 21/08/134 ECPF 94.268.4364-72 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Sousa do Rosário AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O RÊDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa e renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Seguro ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL (www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colando, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0560 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 066-772-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Marcos 16 de Agosto de 2016
LOCAL E DATA

Poliana Monik Assis da
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
Novonha

⚠ **ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN

DATA: 24/12/2016

HORA: 13:57:31

TERMINAL: 30641020

CONTROLE: 306410200467

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 1013 / UFERSA

CONTA : 013.00.003.829-1

NOME : PAULO SERGIO C DE NORONHA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 0560 / MOSSORO

CONTA : 013.00.066.772-0

NOME : ANTONIO SOUSA DO ROSARIO

DATA DE EFETIVAÇÃO : 24/12/2016

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

ARUANA SEGUROS
24 MAI 2017

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474