

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180074130

Vitima: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180074130**.

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 12393576



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

Sinistro: 3180074130
Vítima: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO
Data do Acidente: 12/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180074130** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

Carta nº: 12484701

A/C: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180074130
Vítima: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO
Data do Acidente: 12/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000762

Conta: 0000034252-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

097.146.674-95

Nome completo da vítima

Jose de Arimathea Rodrigues de Araujo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Jose de Arimathea Rodrigues de Araujo		097.146.674-95		Agricultor
Endereço		Número		Complemento
Rua Jose Antonio Angelo da Silva				
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)
Centro	Nova Cruz	RN	59215-000	(084) 99197-0155
Email				

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

- ☒ RECLUSO 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) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRQ.	D/V	CONTA NRQ.	D/V
0762		34252	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRQ.
AGÊNCIA NRQ.	D/V
CONTA NRQ.	D/V
(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.

Nova Cruz RN 14 de Dezembro de 17

Local e Data

Jose de Arimathea

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - SAA AG. NOVA CRUZ

DATA: 18/12/2017

HORA: 15:09:46

TERMINAL: 07621017

CONTROLE: 076210170504

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA:

0762.013.00034252-7

NOME:

JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE A

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:

0363105590

NÚMERO DE CONTROLE:

352395810

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

PROTOCOLO
RECEBIDO
15 FEV 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180074130
Nome do(a) Examinado(a): Jose de Arimateia Rodrigues de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Antonio Angelo da Silva, 11
Centro Nova Cruz RN CEP: 59215-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / RN] 002281056
Data local do acidente: [12/11/2017]
Data local do exame: [27/02/2018] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

MÃO ESQUERDA (FRATURA DE METACARPO)

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA

Complicações: RIGIDEZ

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

FUNCIONAL (LIMITAÇÃO ARCO DE MOVIMENTO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA)

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MÃO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Elson S. Miranda

Dr. Elson Miranda
Ortopedista
CRM/RN 6301 TEOT 13807



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: 6ª DELEGACIA REGIONAL - NOVA CRUZ
Endereço: RUA PROFª MÁRIO PINO 15, 259, CENTRO, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017076001130
1.2 Data de Expedição: 12/12/2017 11:05:55
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/11/2017 17:30:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: NO CENTRO DO MUNICÍPIO DE NOVA CRUZ RN
2.8 Número: 0000
2.9 CEP: 59.215-000
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: NOVA CRUZ
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: FRANCISCO DE ASSIS FÉLIX DE ARAUJO
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: ZULEIDE RODRIGUES DOS SANTOS
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 09711667495
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 23/08/1986
3.13 Professor: AGRICULTOR(A)
3.14 RG: 002661056 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 94351185
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 11
3.18 Naturalidade: MACAIBA RN
3.19 Bairro: CENTRO
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: NA RUA JOSE ANTONIO ANGELO DA SILVA
3.23 Cidade: NOVA CRUZ
3.24 CEP: 59215000

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
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi:
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: NNZ7453
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
7.1.9 Ano do Modelo: 2012
7.1.10 Ano de Fabricação: 2012
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO
7.1.18 Observações: MOTOCICLETA ENVOLVIDA EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

DISSE O DECLARANTE QUE ESTAVA NA MOTOCICLETA SUPRA CITADA A CAMINHO DE SUA RESIDÊNCIA, QUANDO UM VEÍCULO DE MARCA E MODELO NÃO IDENTIFICADOS FEZ UMA CONVERSÃO EM ALTA VELOCIDADE PARA A VIA E COLIDIU DE FRENTE AO PARA-CHOQUE DESSE TAL VEÍCULO COM A MOTO, QUE COM IMPACTO FICOU DESACORDADO, QUE O MOTORISTA NÃO PAROU PARA SOCORRER, QUE FOI ENCAMINHADO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DO MUNICÍPIO DE NOVA CRUZ CONFORME Nº BAA 47.036 DE 12/11/2017 E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DE NATAL RN; NADA MAIS DISSSE.

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 12/12/2017 11:05:55

Policial

Interessado

Potestário

Atendimento: 2071967 - TINEERSON GOMES CIRILO
Impresso por: 2071967 - TINEERSON GOMES CIRILO em 12/12/2017 11:05:59

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Jose de Arimatéia Rodrigues de Araujo

097.116.674-95

12/11/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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:

Assinar 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 prova 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.

Novaruz/RR, 14 de Dezembro de 17

Local e Data

Jose de Arimatéia Rodrigues de Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Classificação de risco

Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA
Rua Doutor Mário Negócio, 128 - centro
CNPJ: 08.144.784/0001-33
Telefone: (84)3281-5815

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA nº:

47.035

Data:

32/11/17

Hora:

18:36

Nome: José de Arimatéia R. de Araújo
Nome da Mãe: Zuleide Rodrigues dos Santos
D.N.: 23/06/1986 Idade: 31a Cor: M Sexo: M Estado Civil: casado
RG: 002.581.056 CNS: 70650533037093 Telefone: _____
Naturalidade: Macaíba - RN Profissão: Agricultor
Endereço: R. Antônio Angélio da Silva
Bairro: Eng. Leila Moreira Cidade: Macá Cruz UF: RN

Queixa do paciente:

Queda de moto

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☒ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☒ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peçonhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia à _____ ☐ Outros:

Sinais vitais

HORA/VISTO:

Temp.:	Freq. Cardíaca:	Freq. Respiratória:	Saturação:	P.A.:	Peso:
--------	-----------------	---------------------	------------	-------	-------

Avaliação da enfermagem:

Acidente de trânsito
Queda de moto

Exame clínico:

Hipótese Diagnosticada:

Fratura na mão esquerda

Hipótese Diagnosticada é passível de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA?

☐ SIM ☐ NÃO

RECEBIDO
15 FEV 2018
TERRA DO SOLAR
E CORRETORA DE SEGS

ATO DECLARATÓRIO

Prescrição médica:

Hora/Visto:

18:50

Dr. Jorge Chediak Siqueira
CRM 01251/RN

Conduta médica (quando necessário):

Relatório de enfermagem:

Paciente Vitorina de Paula de Azeite e Jurema de
Paula em Puho (E), e exames de lux. Coxas 15

Tcc para fra. Leitura + Mot. Mag. Valdo.

Paciente recusou-se à:

Horário:

Data:

Assinatura do paciente:

Testemunha:

RG:

Destinação do Paciente

☐ Alta ☐ Revelia☐ Internado, no serviço de:☐ Encaminhado em

Data: / /

Hora: / /

(neste hospital)

Para:

Setor:

☐ Óbito

Data: / /

Hora: / /

- Entregue à:

☐ Família☐ S.V.O.☐ I.T.E.

Médico (a) - carimbo

Dra. Mariana Silva
Enfermeira
COREN RN 448.305

Enfermeiro (a) - carimbo

RECEBIDO
15 FEB 2013
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

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: 02/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000034252-7

Nr. da Autenticação 8B35A366785E7C2C

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose de Arimateia Rodrigues de AraujoRG nº 002.581.056, data de expedição 16/11/17 Órgão SSP/RN

CPF nº 097.116.674-95, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

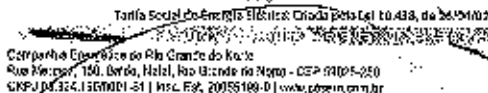
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Jose Antonio Angelo da Silva</u>
Número	<u>11</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Nova Cruz</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59215-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 98780-6894 / (084) 99197-0155</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nova Cruz/RN 14/12/17

Assinatura do Declarante:

Jose de Arimateia Rodrigues
de Araujo



DATA 3.01.21.21.21.21

MARIA JOSE TARGEMO PEREIRA

CE# 019 5315 034-421015 10495517859

CLASSIFICATION

HI RESIDENTIAL
 COMMERCIAL
 MUNICIPAL

N° DATA FILE,

11155717

518C

14952012

10

30040285

ENCUENTRO 6A UNIDAD DE CONSUMIDORES

ROA JOSÉ ANTONIO ANGELO DA SILVA

CENTRO/AREA URBANA
NOVA CRUZ RN
59245-000

CONTENTS

0853062120

မင်းသိင်္ခ

10/2017

03/11/2013

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Anual de 50 kWh	50,0000000	R\$ 1,623308	5,81
Consumo Anual superior a 30 até 100 kWh	46,0000000	R\$ 3,22770011	14,84
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,85
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,18
Contribuição de Iluminação Pública			2,44
ICMS Parcela Subvencionada			3,88
Multa por atraso NF 000017226 - 04/06/17			0,53
Multa por atraso NF 000017228 - 04/06/17			0,14
Multa por atraso NF 000017226 - 04/06/17			0,01

ಶ್ರೀಮಾನ್ಮಹಾಶ್ವರಯ

Nº DO PROCESSO	Nº DO PUNTO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	DIFERENÇA
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31.530.1432	CA1	04-04-2017	054,30	04-10-2017	050,00	30	1,00000		78,10

Consumo de Energia Elétrica em 2014		Consumo de Energia Elétrica em 2014		Consumo de Energia Elétrica em 2014	
Setor	Consumo (kWh)	Setor	Consumo (kWh)	Setor	Consumo (kWh)
Geração	7.54	Transmissão	0.97	Distribuição (sem perdas)	5.04
Perdas da Rede	1.34	Serviços de Energia	1.53	Serviços de Transmissão	0.82
Serviços de Distribuição	0.82	Serviços de Transmissão	0.82	Serviços de Distribuição	0.82

[illegible]

PROTÓCOLO
RECEBIDO
15 FEB 2018
TERÇA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEB.



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 2004 (Lei 10.438/04)
 Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte
 Rua Memm, 152 - Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59228-250
 CNPJ nº 04.199.000/01 | Ins. Est. 20.65196-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA JOSE TANGINO RIBEIRO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 MARIA JOSE ANTONIO ANGELO DA SILVA
 11

CPF 013 558 524-42 NIS 1E390317009

CENTRO/ÁREA URBANA
 NOVA CRUZ RN
 59215-002

CLASSE FICÇÃO

TIPO RESIDENCIAL
 BAIXA RENDIMENTO
 Venezuela



Nº METERIAL 00005707 UNICA 01/10/2017

DATA 10/2017 2007 10/2017 10/2017

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aprox. 30 kWh	30,0000000	0,19922008	5,94
Consumo Aprox. superior a 30 até 100 kWh	46,0000000	0,32270911	14,84
Adesão ao Bandeira AMARELA			0,85
Adesão ao Bandeira VERMELHA			0,18
Contribuição Tarifa Social			2,44
ICMS Parcela Substituída			8,89
Multa por atraso NF 000017228 - 04/2017			0,63
Juros por atraso NF 000017228 - 04/2017			0,14
Atualização IGPM NF 000017228 - 04/2017			0,01

TOTAL DA FATURA

26,53

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DO DÍGITO	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWh)
21000480	LAI	04-20-2017	5570	04-10-2017	6000	30	1.0000		16,30

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	%	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	%
Consumo Aprox. 30 kWh	5,94	22,38%	Consumo Aprox. superior a 30 até 100 kWh	14,84	55,92%
Adesão ao Bandeira AMARELA	0,85	3,20%	Adesão ao Bandeira VERMELHA	0,18	0,68%
Contribuição Tarifa Social	2,44	9,19%	ICMS Parcela Substituída	8,89	33,51%
Multa por atraso NF 000017228 - 04/2017	0,63	2,37%	Juros por atraso NF 000017228 - 04/2017	0,14	0,53%
Atualização IGPM NF 000017228 - 04/2017	0,01	0,04%			
Total	26,53	100,00%			

O cliente é responsável por pagar a fatura de energia elétrica no prazo de 5 dias úteis após a data de emissão da fatura. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica no prazo de 5 dias úteis após a data de emissão da fatura. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica no prazo de 5 dias úteis após a data de emissão da fatura.

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 15 FEV 2018
 TERRA DO SOL-ADM
 E CORRETORA DE SEGS

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria José Torgino Ribeiro inscrito (a) no CPF 019.566.524 / 42
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose de Arimatia Rodrigues de Araujo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 097.116.674 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Jose de Arimatia Rodrigues de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.116.674 / 95
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 José Antonio</u>	<u>Angelo da Silva</u>	Número	<u>11</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Nova Cruz</u>	Estado	<u>RN</u>	CEP
Email					<u>59215-000</u>	
Telefone comercial(DDD)				Telefone celular (DDD)		

Nova Cruz / RN 14 de Dezembro de 17
Local e Data

Maria José Torgino Ribeiro
Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO
RECEBIDO
15 FEV 2018
TERRA DO SOL-ADM
E-CORRETORA DE SEGS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José Targino Ribeiro

RG nº 1.941.619, data de expedição 16/05/12,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 019.566.524-42 com domicílio
na cidade de Nova Cruz, no Estado de RN,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

rua: José Antonio Angelo da Silva, nº 11,
complemento Quilômetro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jose de Arimatéia Rodrigues de Araújo o condutor era

Jose de Arimatéia Rodrigues de Araújo.

Veículo: Moto

Modelo: Honda / CG 125 Fan Km

Ano: 2012

Placa: NN27453

Chassi: 9C23C4110ER495654

Data do Acidente: 12/11/17

Local e Data: Nova Cruz RN 14/12/17

3º CARTÓRIO
RECONHEÇO

Maria José Targino Ribeiro
Assinatura do Declarante

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

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
MARIA JOSÉ TARGINO RIBEIRO - Por ter sido posta em
minha presença, dou fé.

Em Nova Cruz/RN, 16 de Novembro de 2017.
Em testemunho da verdade.

Amaná Hortêncio da Costa - Escrevente Autorizado(a)

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



PROTOCOLADO
RECEBIDO
15 FEV 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



Classificação de risco

Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA
Rua Doutor Mário Negócio, 188 - centro
CNPJ: 08.144.794/0001-33
Telefone: (84)3281-5815

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº:

47/035

Data: 32/11/17 Hora: 18:36

Nome: Jose de Arimateia R. de Azeite
Nome da Mãe: Zuleide Rodrigues dos Santos
D.N.: 23/06/1986 Idade: 31a Cor: M Sexo: M Estado Civil: casado
RG: 002.587.056 CNS: 706505330370099 Telefone: _____
Naturalidade: Marabá - PA Profissão: Agricultor
Endereço: R. Antonio Angelo da Silva
Bairro: Eng. Leica Moreira Cidade: Marabá UF: PA

Queixa do paciente:

Queixa de mão

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☒ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros _____

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☒ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peçonhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia a _____ ☐ Outros: _____

Sinais vitais

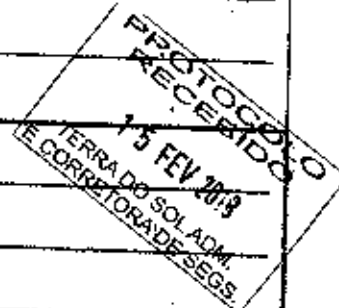
HORA/VISTO:

Temp.:	Freq. Cardíaca:	Freq. Respiratória:	Saturação:	P.A.:	Peso:
--------	-----------------	---------------------	------------	-------	-------

Avaliação da enfermagem:

Acidente de trânsito
Queixa de mão

Exame clínico:



Hipótese Diagnosticada:

Fratura na mão esquerda

Hipótese Diagnosticada é passível de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA?

☐ SIM ☐ NÃO

Prescrição médica:

Hora/Visto:

18:50

Dr. Jorge Chediak Sosa
CRM 9125/RN

Conduta médica (quando necessário):

Relatório de enfermagem:

Paciente vítima de queda de auto e fratura de
quadril em fêmur (E), e exortose lux. Glaxo 15

18:50
Tcc para fratura de fêmur + met. Magnaldo.

Paciente recusou-se à:

Horário:

Data: / /

Assinatura do paciente:

Testemunha:

RG:

Destinação do Paciente

☐ Alta ☐ Revelia☐ Internado, no serviço de:☐ Encaminhado em

Data: / /

Hora: / /

(neste hospital)

Para:

Setor:

Hora: 20:30

☐ Óbito

Data: / /

Hora: / /

- Entregue à:

☐ Família☐ S.V.O.☐ I.T.E.P.

Médico (a) - carimbo

Enfermeira
COREN RN 448.305

Enfermeiro (a) - carimbo



(MR)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

GUES DE ARAUJO

5 - NOME DO PACIENTE <i>Jose de Arimatéia Rodrigues</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>706505330370093</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>23.06.86</i>	9 - SEXO <i>M</i>	10 - MASCULINO / FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>ZULGIDE RODRIGUES DOS SANTOS</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>9.9177 3491</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>R. JOSE ANTONIO PAIBLO DA SILVA, Nº 11</i>		13 - CEP <i>9435-1185</i>	
13 - MUNICÍPIO <i>NOVA CRUZ</i>	14 - BAIRRO <i>CENTRO</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente motorizado / trauma em membros</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx de coluna cervical e de tórax em 2ª metacarpa</i>

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura 2ª metacarpa</i>	21 - CID INICIAL <i>S62</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	--------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>tratamento cirúrgico</i>	25 - LITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04080 20539</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>12.11.16</i>	30 - () CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		40 -	
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - ()	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO (HOSPITALAR / AMB)	55 -		

PROTOCOLO
RECEBIDO
15 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 002.581.056 DATA DE EMISSÃO: 16/11/2017

NOME: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

FILIAÇÃO: FRANCISCO DE ASSIS FELIX DE ARAUJO
RUIEIDE RODRIGUES DOS SANTOS

NATURALIDADE: MACAIBA-RN DATA DE NASCIMENTO: 23/08/1986

CERT. DE CASAMENTO 1-8-88 F-237-856113
MACAIBA RN-2 CARTORIO

097.116.674-93

JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO
ABRIL 2017

LEI Nº 7.116 DE 1985

Handwritten signature

CARTÃO DE IDENTIDADE

JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO II
RIO GRANDE DO NORTE
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROTOCOLADO
RECEBIDO
15 FEV 2017
TEREIA DO SUL AM
E CORRETORA DE SEGS

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.941.615 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 16/05/2012

NOME MARIA JOSÉ TARGINO RIBEIRO

FILIAÇÃO ANTONIO TARGINO RIBEIRO
 AVELINA FRANCISCA RIBEIRO

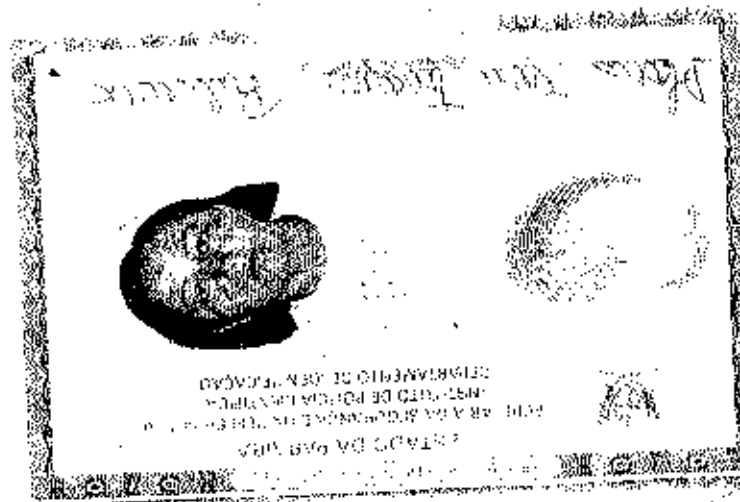
NATURALIDADE NOVA CRUZ-RN DATA DE NASCIMENTO 18/03/1975

DDC ORIGEM NASC. N. 21492 FLS. 214.1 IV. A79
 CARTÓRIO 2º NOVA CRUZ-RN

019.566.524-42

SIGNATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.319 DE 28/08/13



RECEBIDO
 15 FEV 2014
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 ESTADO DA BAHIA

VALISA BASTARDI CARTEIRÃO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.941.515 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 18/05/2012

NOME MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO

FILIAÇÃO ANTONIO TARGINO RIBEIRO
 AVELINA FRANCISCA RIBEIRO

NATURALIDADE NOVA CRUZ-RN DATA DE NASCIMENTO 18/03/1975

ORGÃO EMISSOR NASC N° 21492 PDS 214 LIV A79
 CARTÓRIO 2° NOVA CRUZ-RN

CPF 919.566.524-42

ASSINATURA DISCRETA

Maria Jose Targino Ribeiro



INSTITUTO DE POLÍCIA DELEGADA
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO
 DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DELEGADA

RECEBIDO
 15 FEV 2012
 TERIA DO SUL - RS
 CORREIO DE BRAS

Dados do Veículo de placa NNZ7453				Em 20/12/2017 11:11:56 por ANTONIO EVERALDO DE LIMA JUNIOR			
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipos	Categoria	Espécie	Lugares	
NNZ7453	468257001	NNZ7453/RN	1-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2	
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo		Potência	Combustível	Cor	Carroceria	
002844-HONDA/CG 125 FAN KS (Nacional)	2012/2012		0	2-Gasolina	11-PRETA	999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário					Recadastrado DETRAN		
MARIA JOSE TARGINO RIBEIRO					DetranNet		
Proprietário Anterior					Situação Lacre		
JOSE CARLOS DA SILVA JUNIOR					REGULAR Portaria 272/2007		
					DENATRAN		
Município de Enquadramento			Licenciado até		Adquirido em		Situação
NOVA CRUZ			2017 em 01/06/2017 através do Registro de Veículo (CRV)(Via 1)		01/06/2017		Em Circulação
Restrição à venda					Carnê de Licenciamento 2017		
Sem gravame					Gerado em 16/02/2017 às 21:34 hs.		
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame							
Nenhuma informação pendente até esta data							
Impedimentos							
Nenhum Impedimento registrado até esta data							
Características do Veículo							
Chassi			Número do Motor		Número do Câmbio		
9C2JC4110CR495654 (Normal)			JC41E1C495654				
Quantidade de Eixos	Número do Eixo Traseiro	Número do Eixo Auxiliar		Número da Carroceria			
0							
Cilindradas	Capacidade de Carga (Ton.)		Peso Bruto Total (PBT)	Capacidade Máxima de Tração (CMT)			
124	0		0,29	0			
Dados do Proprietário							
Listagem de Débitos							
Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.							
Listagem de Multas							
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.							
Infrações em Autuação							
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.							
Último Processo							

PROTOCOLO
RECEBIDO
15 FEV 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180074130 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO E DIMINUIÇÃO DE FORÇA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
FRATURA CONSOLIDA SEM DESVIOS IMPORTANTE
COMPLICAÇÕES: RIGIDEZ

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Elson Jose dos Santos Miranda

CRM do médico: 6301

UF do CRM do médico: RN

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	JOSE DE ARIMATEIA DE ARAUJO
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	002.581.056
ENDEREÇO:	Rua: JOSE ANTONIO ANGELO DA SILVA, 11, Centro, NOVA Cruz/RN

OUTORGADO

NOME:	MARIA JOSE FARGINO KUBURO
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	Agricultora
IDENTIDADE:	1.941.615
ENDEREÇO:	Rua: JOSE ANTONIO ANGELO DA SILVA, 11, Centro, NOVA Cruz/RN

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

NOVA Cruz/RN 16.11.17

LOCAL E DATA



JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
JOSE DE ARIMATEIA RODRIGUES DE ARAUJO ; Por ter
sido posta em minha presença, dou fé.
Odia de Nova Cruz/RN, 16 de Novembro de 2017
Eu testemunho da verdade.

Amanda Fortêncio da Costa - Escrevente Autorizado(a)

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

