



Número: **0804326-66.2020.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **16/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DE ASSIS DANTAS (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64196045	07/01/2021 21:57	<a href="#">2777464_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346277

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14371647

Pag. 00533/00534 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346277

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00907/00908 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070454



Carta nº 14378563



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE



REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco de Assis Dantas CPF: 079-609-374-93  
 Profissão: Aux. de Mecânico Endereço: Rua - Antonio Silveira da Silva Número: 435 Complemento: casa  
 Bairro: Dois Horizontes Cidade: Araruama Estado: RJ CEP: 59-650-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 84-9-9933-9300

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)  
 AGÊNCIA: 0756 CONTA: 62-873 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Local e Data: Araruama/RJ 17-12-2018  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco de Assis Dantas  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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.



CAIXA

Loterias CAIXA

erias CAIXA

CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC: 0800 725 0101  
OUVIDORIA: 0800 725 7474

348-645444483-3

14/DEZ/2018

HORA DE: 12:59:20

LOT: 17.019196-6

TERM: 018245

LOCALIDADE: ACU

AG. VINCULADA: 0750

CONTROLE: 329467980

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0756 013 00062073-8

FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

VALOR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

348-645444483-3

1ª VIA







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: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSU

Endereço: Rua João Pessoa, 508, Centro, AÇU, FONE/FAX: 3331-6595

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018091001833

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 14/12/2018 08:01:18

1.4 Ligon CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/10/2018 19:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: \*

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: NOVO HORIZONTE

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 018 PROXIMO AO TRT, PROXIMO AO CEMITERIO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: AÇU

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 07960917493

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s): 84 999339300

3.17 Número: 435

3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: AÇU

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: INACIO DANTAS

3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA DANTAS

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 27/04/1979

3.14 RG: 002553287 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: ASSU RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: ANTONIO SILVERIO DA SILVA

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)

5.1 DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

5.1.1 Nome Completo: ERIVANILDO JUSTO DE MOURA

5.1.2 Nome Social:

5.1.4 Etnia: Parda

5.1.6 Mãe: LIVANETE JUSTO DE MOURA

5.1.8 Sexo: MASCULINO

5.1.10 CPF:

5.1.12 Nacionalidade:

5.1.14 Passaporte:

5.1.16 Logradouro: TRAVESSA JOSE BEZERRA DE SA

5.1.17 Número: 117

5.1.19 Bairro: LAGOA DE FERREIRO DE FORA

5.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.2.1 Nome Completo: ANA PAULA GALDINO DA SILVA

5.2.2 Nome Social:

5.2.4 Etnia: Parda

5.2.6 Mãe: MARIA VERA LUCIA DA SILVA

5.2.8 Sexo: FEMININO

5.2.10 CPF: 05752890498

5.2.12 Nacionalidade:

5.2.14 Passaporte:

5.2.16 Logradouro: JOSE NAZARENO LOPES

5.2.17 Número: 1017

5.2.19 Bairro: BAVIERA - CRISTOVAM DANTAS

5.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

6.1.1 Segurado: Não

6.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*17238

6.1.5 Placa: MZB4313

6.1.7 Marca: HONDA

6.1.9 Ano do Modelo: 2005

6.1.11 Cor do veículo: LARANJA

6.1.13 Nota Fiscal:

6.1.15 Nome do proprietário: INACIO DANTAS

6.1.17 Nome do condutor: JORGE FERREIRA DE SANTANA

6.1.18 Observações: DPVAT.

5.1.3 Estado civil: União Estável

5.1.5 Identidade de Gênero:

5.1.7 Orientação Sexual:

5.1.9 Pai: Parda

5.1.11 Data de Nascimento: 26/08/1980

5.1.13 RG: 002345556

5.1.15 Profissão: SERVENTE

5.1.18 CEP:

5.1.20 Cidade: AÇU

5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

5.2.5 Identidade de Gênero:

5.2.7 Orientação Sexual:

5.2.9 Pai: Parda

5.2.11 Data de Nascimento: 23/05/1982

5.2.13 RG: 002380290

5.2.15 Profissão: PESCADOR

5.2.18 CEP:

5.2.20 Cidade: AÇU

DADOS DA OCORRÊNCIA

DOS FATOS

1 Histórico

DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, AFIRMANDO QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, JE PASSOU UM CACHORRO NA FRENTE E ASSIM O MOTORISTA FOI DESVIAR E PERDEU CONTROLE E VEIO A CAIR, QUE O SAMU VINHA PASSANDO, ITA ESPERANDO POR UMA CIRURGIA, NADA MAIS DISSE, O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA POR SUAS DECLARAÇÕES.

2 Informações do CIOSP

Protocolo: J2018091001833 - Código de autenticação: 8c113a4b8b71a0c215b0e8000006157011



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.

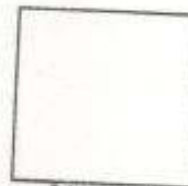
Data: 14/12/2018 09:01:18

AL 2198045

Policial

Eltonio da Abolvental

Interessado



Folgar direto

Atendimento: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto

Impresso por: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto em 14/12/2018 09:03:14

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: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSU

Endereço: Rua João Pessoa, 598, Centro, AÇU, FONE/FAX: 3331-8596

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018091001833

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 14/12/2018 08:01:18

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/10/2018 19:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: \*

2.7 Logradouro: RN 016 PROXIMO AO TRT, PROXIMO AO CEMITERIO

2.10 Complemento:

2.9 CEP:

2.12 Bairro: NOVO HORIZONTE

2.11 Ponto de Referência:

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: AÇU

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

3.2 Estado civil: União Estável

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: INACIO DANTAS

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: MARIA DE FATIMA DANTAS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 07960917493

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 27/04/1979

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 002553287 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 998338300

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 435

3.18 Naturalidade: ASSU RN

3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: ANTONIO SILVERIO DA SILVA

3.23 Cidade: AÇU

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)

5.1 DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

5.1.1 Nome Completo: ERIVANILDO JUSTO DE MOURA

5.1.2 Nome Social:

5.1.3 Estado civil: União Estável

5.1.4 Etnia: Parda

5.1.5 Identidade de Gênero:

5.1.6 Mãe: LIVANETE JUSTO DE MOURA

5.1.7 Orientação Sexual:

5.1.8 Sexo: MASCULINO

5.1.9 Pai: Parda

5.1.10 CPF:

5.1.11 Data de Nascimento: 26/08/1980

5.1.12 Nacionalidade:

5.1.13 RG: 002345556

5.1.14 Passaporte:

5.1.15 Profissão: SERVENTE

5.1.16 Logradouro: TRAVESSA JOSE BEZERRA DE SA

5.1.18 CEP:

5.1.17 Número: 117

5.1.20 Cidade: AÇU

5.1.19 Bairro: LAGOA DE FERREIRO DE FORA

5.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.2.1 Nome Completo: ANA PAULA GALDINO DA SILVA

5.2.2 Nome Social:

5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)

5.2.4 Etnia: Parda

5.2.5 Identidade de Gênero:

5.2.6 Mãe: MARIA VERA LUCIA DA SILVA

5.2.7 Orientação Sexual:

5.2.8 Sexo: FEMININO

5.2.9 Pai: Parda

5.2.10 CPF: 05752890498

5.2.11 Data de Nascimento: 23/05/1962

5.2.12 Nacionalidade:

5.2.13 RG: 002380290

5.2.14 Passaporte:

5.2.15 Profissão: PESCADOR

5.2.16 Logradouro: JOSE NAZARENO LOPES

5.2.18 CEP:

5.2.17 Número: 1017

5.2.20 Cidade: AÇU

5.2.19 Bairro: BAVIERA - CRISTOVAO DANTAS

5.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

6.1.1 Segurado: Não

6.1.2 Seguradora:

6.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*17238

6.1.4 Renavam:

6.1.5 Placa: MZB4313

6.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.1.7 Marca: HONDA

6.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

6.1.9 Ano do Modelo: 2005

6.1.10 Ano de Fabricação: 2005

6.1.11 Cor do veículo: LARANJA

6.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

6.1.13 Nota Fiscal:

6.1.14 Número do Motor:

6.1.15 Nome do proprietário: INACIO DANTAS

6.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

6.1.17 Nome do condutor: JORGE FERREIRA DE SANTANA

6.1.18 Observações: DPVAT.

7. DADOS DA OCORRÊNCIA

7.1 DOS FATOS

7.1.1 Histórico

DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL AFIRMANDO QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, UE PASSOU UM CACHORRO NA FRENTE E ASSIM O MOTORISTA FOI DESVIAR E PERDEU CONTROLE E VEIO A CAIR, QUE O SAMU VINHA PASSANDO RÓXIMO E ASSIM PAROU E SOCORREU A VITIMA O LEVANDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ASSU/RN, QUE A VITIMA TEVE UMA LESÃO NO TENDÃO E STA ESPERANDO POR UMA CIRURGIA. NADA MAIS DISSE. O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA POR SUAS DECLARAÇÕES.

7.2 Informações do CIOSP

Protocolo: J2018091001833 - Código de autenticação: 8c111c308d91a0721c0f0b9894888a1



10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NAO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 14/12/2018 09:01:18

Antônio Pereira de Melo Neto

Policial

Elomir da Abreu Montal

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto

Impresso por: 2198045 - Antônio Pereira de Melo Neto em 14/12/2018 09:03:14

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE



REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco de Assis Dantas CPF: 079-609-374-93  
 Profissão: Aux. de Mecânico Endereço: Rua - Antonio Silveira da Silva Número: 435 Complemento: casa  
 Bairro: Dois Horizontes Cidade: Araruama Estado: RJ CEP: 59-650-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 84-9-9933-9300

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)  
 AGÊNCIA: 0756 CONTA: 62-873 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (ou 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  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Local e Data: Araruama/RJ 17-03-2018

Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco de Assis Dantas  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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.







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),  
Fernando de Amorim Antas, 45 anos,  
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -  
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 27/10/18, no endereço,  
Bairro novo Horizonte - Assú,  
paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 27 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho  
Coren-RN 256.149  
Coordenadora Local SAMU-RN  
Base Descentralizada de ASSÚ - RN





# 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: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000062873-8

---

---

Nr. da Autenticação F7104F824AD233CC



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

TARCISIO ANTONIO DA FE

CPF: 850.777.914-00

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO SILVERIO DA SILVA 435

NOVO HORIZONTE/AREA URBANA  
59650-000 ASSU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2018),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à  
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,90

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

017092325

Série: U

## CONTA CONTRATO

007010067345

Nº DO CLIENTE

3000777528

Nº DA INSTALAÇÃO

000019650

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

5351.B7C8.9FF0.3F60.B0F2.59AE.625F.D278

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87,80	0,61148416	53,19
Acrescimo Bateria AMARELA			0,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,85
Multa por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			1,42
Juros por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			0,64
Atualização IOPM-NF 014162524 - 23/10/18			0,51
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>61,90</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
55,45	18,00	9,92	53,45	0,60	0,32	53,45	2,77	1,48

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,46891693

## HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
DEZ 18	87
NOV 18	101
OUT 18	103
SET 18	100
AGO 18	124
JUL 18	84
JUN 18	49
MAI 18	93
ABR 18	68
MAR 18	100
FEV 18	134
JAN 18	45
DEZ 17	30

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RE	%
Geração de Energia	18,32	29,48
Transmissão	2,77	4,48
Distribuição (Cosern)	12,12	19,58
Energias Alternativas	3,88	6,27
Perdas	15,41	24,87
Perdas de Energia	3,93	6,35
<b>TOTAL</b>	<b>63,45</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊS/ANO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000215846441	CAT	23/11/2018	21/12/2018	28	1,99000	1,99	87,80

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 22/01/2019]

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
01/01/2019					
DIC-Deixar de operar sem Energia	AQU	0,88	0,88	28,88	21,73
FIC-Deixar de operar sem Energia		0,89	3,30	8,60	13,20
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,82	5,11	8,00	8,00
Limite DCM: 12,22					
DCM-Duração de Interrupção em de crise					
EUS-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,63					
[Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DCM a qualquer tempo]					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: a cristina de freitas rykiel: av joao batista lacerda montenegro,240, centro | g f pais ro frios me: rua coronel emilio dantas da silveira, bela vista. Lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lai 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010067345	12/2018	61,90	02/01/2019	

838200000002 619000384070 010067345201 016395441230



Evite dobrar esta fatura para não danificar o sistema.  
Este código será usado em leitora ótica.



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.156/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte  
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

TARCISIO ANTONIO DA FE  
CPF: 350.777.864-00

## DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)  
61,90

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO  
21/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
017092325

Série: U

## CONTA CONTRATO

007010067345

Nº DO CLIENTE  
3000777528

Nº DA INSTALAÇÃO  
0000019650

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO SILVEIRO DA SILVA 435

NOVO HORIZONTE/ÁREA URBANA  
59650-809 ASSU RN

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

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

5351.B7C6.9FF0.3F60.B0F2.59AE.625F.D278

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87,08	0,61148416	53,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,88
Multa por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			1,42
Juros por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			0,64
Atualização IGPM-NF 014162524 - 23/10/18			0,51
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>61,90</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
53,45	10,00	5,35	53,45	0,60	0,32
			53,45	2,77	1,48

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 87,08

## HISTÓRICO DO CONSUMO

DEZ	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
DEZ	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
NOV	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
OCT	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
SET	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
AUG	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
JUL	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
JUN	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
MAY	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
ABR	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
MAR	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
FEV	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
JAN	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
DEZ	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87,08	0,61148416	53,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,88
Multa por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			1,42
Juros por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			0,64
Atualização IGPM-NF 014162524 - 23/10/18			0,51
<b>TOTAL</b>	<b>87,08</b>	<b>0,61148416</b>	<b>53,19</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO
-------------------	----------------	----------	-------	---------	-----------	--------	---------

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

TARCISIO ANTONIO DA FE

CPF: 850.777.914-00

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO SILVERIO DA SILVA 435

NOVO HORIZONTE/AREA URBANA  
59650-000 ASSU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2018),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à  
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,90

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

017092325

Série: U

## CONTA CONTRATO

007010067345

Nº DO CLIENTE

3000777528

Nº DA INSTALAÇÃO

000019650

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

5351.B7C8.9FF0.3F60.B0F2.59AE.625F.D278

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	87,80	0,61148416	53,19
Acrescimo Bateria AMARELA			0,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,85
Multa por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			1,42
Juros por atraso-NF 014162524 - 23/10/18			0,64
Atualização IOPM-NF 014162524 - 23/10/18			0,51
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>61,90</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
55,45	18,00	9,92	53,45	0,60	0,32	53,45	2,77	1,48

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,46891693

## HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
DEZ 18	87
NOV 18	101
OUT 18	103
SET 18	100
AGO 18	124
JUL 18	84
JUN 18	49
MAI 18	93
ABR 18	68
MAR 18	100
FEV 18	134
JAN 18	45
DEZ 17	30

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RE	%
Geração de Energia	18,32	29,48
Transmissão	2,77	4,48
Distribuição (Cosern)	12,12	19,58
Energias Alternativas	3,88	6,27
Perdas	15,41	24,87
Perdas de Energia	3,93	6,35
<b>TOTAL</b>	<b>63,45</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000215846441	CAT	23/11/2018 1.520,00	21/12/2018 2.097,90	28	1,99000	1,99	87,90

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 22/01/2019]

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
01/01/2019					
DIC-Ata de horas sem Energia	AQU	0,88	0,88	28,88	21,73
FIC-Rede sem Energia		0,89	3,30	8,60	13,20
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,82	5,11	8,00	8,00
Limite DMC: 12,22					
DICI-Duração de Interrupção em de crise					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,63					
[Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICI a qualquer tempo]					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: a cristina de freitas rykiel: av joao batista lacerda montenegro,240, centro | g f pais ro frios me: rua coronel emilio dantas da silveira, bela vista. Lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010067345	12/2018	61,90	02/01/2019	

838200000002 619000384070 010067345201 016395441230



Evite dobrar esta fatura para evitar danos.  
Este código será usado em leitora ótica.



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Francisco das Chagas Pontes inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco de Assis Pontes inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 079.609.174/93 do sinistro de DPVAT cobertura Anulada da Vítima  
Francisco de Assis Pontes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.609.174/93, 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 - Antonio Silveira da Silva</u>		Número: <u>435</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Novo Horizonte</u>	Cidade: <u>Aracá</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59.650-000</u>
Email:		Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): <u>84-9.9933-9300</u>

Aracá/RN 17 de Dezembro de 2018  
Local e Data

Francisco das Chagas Pontes  
Assinatura do Declarante





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Francisco das Chagas Pontes inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco de Assis Pontes inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.609.174/93 do sinistro de DPVAT cobertura Anulada da Vítima Francisco de Assis Pontes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.609.174/93, 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 - Antonio Silveira da Silva</u>		Número: <u>435</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Novo Horizonte</u>	Cidade: <u>Assis</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59.650-000</u>
Email: _____		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular (DDD): <u>84-9.9933-9300</u>

Assis/RN, 17 de Dezembro de 2018  
Local e Data

Francisco das Chagas Pontes  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Inacio Dantas,  
RG nº 438.325, data de expedição 24/04/2018  
Órgão STJP, portador do CPF nº 323.665.994-00, com  
domicílio na cidade de Aracaju, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
maria mdo moisés, nº 119,  
complemento casca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Francisco de Assis Dantas cujo o condutor era  
Jorge Ferreira de Santana.

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda/CG-350 TITAN ES  
Ano: 2005  
Placa: MZB-4333  
Chassi: 9C2KCO 8505R 857238  
Data do Acidente: 27-10-2018  
Local e Data: rua publica

Assinatura do Declarante

JORGE FERREIRA DE SANTANA condutor

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



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Inacio Dantas,  
RG nº 438.325, data de expedição 24/04/2018  
Órgão STP, portador do CPF nº 323.665.994-00, com  
domicílio na cidade de Aracaju, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
maria mdo moisés, nº 119,  
complemento casca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Francisco de Assis Dantas cujo o condutor era  
Jorge Ferreira de Santana.

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda/CG-350 TITAN ES  
Ano: 2005  
Placa: MZB-4333  
Chassi: 9C2KCO 8505R 857238  
Data do Acidente: 27-10-2018  
Local e Data: rua publica

Assinatura do Declarante

JORGE FERREIRA DE SANTANA condutor

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





Wilson Ferreira de Moraes  
Médico  
CRM 1005



→ Voltores my.

→ Introdução





SUS

União de  
Saúde da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CRES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CRES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fco de Almeida Dantas

6 - NOME DO PRECATORIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - DATA DE ADM.

11 - NOME DA MÃE

12 - MASC

13 - FEM

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - END

16 - FONE

17 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

18 - FONE

19 - FONE

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

19 - ENDEREÇO NUMÉRICO

20 - UF

21 - CEP

22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura do fêmur esquerdo

D. descolada

23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ho. cirurgia

24 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (CONSULTAS E EXAMES REALIZADOS)

fratura + RX + K

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRIMÁRIA

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS EXTERNAS

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - EQUIPAMENTO

33 - NÚMERO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINANTE)

35 - DATA DE SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA DO SOLICITANTE

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPQ DA INSTITUIÇÃO

39 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

37 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CLASSE DE RISCO

41 - DATA DO ACIDENTE

37 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESLIGADO

47 - PREVIDENCIADO

48 - OUTRO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

50 - USO DE EQUIPAMENTO

51 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

52 - DOCUMENTO

53 - NÚMERO DO DOCUMENTO

54 - DATA

55 - DATA

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

57 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



### DECLARAÇÃO




Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),  
Franuino de Assis Santos, 45 anos,  
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -  
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 27/10/18, no endereço,  
Bairro novo Horizonte - Assú,  
paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 27 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,

Enfª. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho  
Coren-RN 256.149  
Coordenadora Local SAMU-RN  
Base Descentralizada de ASSÚ - RN



		Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Assi Secretaria Municipal de Saúde		 SUS Sistema Único de Saúde	
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA			PRONTO SOCORRO MUNICIPAL		
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:				Atendimento Nº: 217	
Nome: Francisco Dantas		Idade: 95		Sexo: M	
Cartão SUS:	Nome da Mãe: J. Colina não sabe informar		Profissão:		
Endereço (Rua/Av.): não sabe informar			Nº:	Complemento:	
Bairro: São José	Cidade: Assi	Estado: RN	Telefone:		
Clinica:	Data: 22/10/18		Hora: 22h19		
Motivo da Procura:			Rubrica Servidor: J. Colina		
Assinatura do Paciente:					
ACOLHIMENTO: ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito					
Acolhimento com classificação de risco:					
Queixa:					
Antecedentes Alérgicos:					
HAS ( ) DM ( )		Assinatura:		Classificação:	
ANAMNESE: Trauma no ombro D.					
EXAME FÍSICO: Peso: Temperatura: F.C.: P.A.: F.R.: Glasgow:					
SpO2: HTG:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
( ) Laboratório					
(X) Radiológico Rf					
( ) ECG ( ) Outros					
Hipótese do Diagnóstico:				CID:	
Condução: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Laudo para AILH				Médico: (Carimbo e Assinatura)	
Saída: Data/Hora: / / às : h. ( ) Alta referido para UBS ( ) Óbito					
( ) Outra unid. Urgência ( ) Especialidade					
( ) Internação no Hospital:					





SUS

União de  
Saúde da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - C.M.E.S.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - C.M.E.S.

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fco de Almeida Dantas

6 - Nº DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - ALFA

13 - FONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - NOME DO RESPONSÁVEL

17 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

19 - C.D.S. - CIDADE

20 - UF

21 - CEP

22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura do fêmur esquerdo  
D. distal

23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hx anagica

24 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

fratura + OR + R

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRIMÁRIO

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

30 - CID 10 DO PROCEDIMENTO

31 - CÚPULA

32 - CAUSAS DA INTERNAÇÃO

33 - DOCUMENTO

34 - Nº DO DOCUMENTO

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE

36 - DATA DE SOLICITAÇÃO

37 - Nº DO DOCUMENTO

38 - NOME DO PACIENTE

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURANÇA

41 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - Nº DO DOCUMENTO

43 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - Nº DO DOCUMENTO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - C.D.S. - CIDADE

48 - Nº DO DOCUMENTO

49 - ( ) DOCUMENTO

( ) C.R.S.

( ) C.R.S.

50 - Nº DO DOCUMENTO

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR





**PLANTAO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Francisco de A. Costa

Paciente c/ fratura do tubérculo supra  
do m. D. após trauma referido em  
Novembro de 2018. Estava aguardando  
cirurgia.

Evolui c/ melhorias da SDA no  
membro D.

Rx c/ fratura em consolidação avançada  
da .

Está em tratamento c/ Fisioterapia  
Necessário de monitorar periodicamente.

CID S12.1

Natal,

08/02/2019

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pê e Tornozelo  
CRM RA 09631/TEOT 15251







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),  
Franuino de Assis Santos, 45 anos,  
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -  
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 27/10/18, no endereço,  
Bairro novo Horizonte - Assú,  
paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 27 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho  
Coren-RN 256.149  
Coordenadora Local SAMU-RN  
Base Descentralizada de ASSÚ - RN



Estado do Rio Grande do Norte  
Prefeitura Municipal de Assi  
Secretaria Municipal de Saúde



**SUS** Sistema  
Único  
de Saúde

**FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA****PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**

## DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

Atendimento Nº: 247

Nome: <u>Francisco Dantas</u>	Idade: <u>45</u> a	Sexo: <u>M</u>
-------------------------------	--------------------	----------------

Cartão SUS:	Nome da Mãe: <u>Luciana</u>	Profissão:
-------------	-----------------------------	------------

Endereço (Rua/Av.):	Nº:	Complemento
---------------------	-----	-------------

Bairro:	Cidade:	Estado:	Telefone:
---------	---------	---------	-----------

Clinica:	Data:	Hora:
----------	-------	-------

Motivo da Procura:	Rubrica Servidor:
--------------------	-------------------

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

**ACOLHIMENTO:**

( ) Emergência    ( ) Urgência    ( ) Não Urgência    ( ) Acidente de Trabalho    ( ) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

**QUESTA**

Antecedentes Alérgicos:

HAS ( ) DM ( )

Assinatura:

**Classificação:**

ANAMNESE:

There are only 2

**EXAME FÍSICO:**

Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ HTG \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:**

( ) Laboratório:

(X) Radiologist: KF

( ) ECG	( ) Outros
---------	------------

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: ☐ Medicação ☐ Observação ☐ Laudo para AII

Medico: (Carimbo e Assinatura)

Saída: Data/Hora      /      /      às      :      h.      (      ) Alta refendo para UBS      (      ) Óbito

☐ Outra unid. Urgência      ☒ Especialidade

( ) Internação no Hospital:

Francisco Ferrera de Murá  
Médico  
1904-1969



SUS

Unidade de Saúde

Instituição de Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - C.M.E.S.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - C.M.E.S.

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fco de Almeida Dantas

6 - N.º DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - ALFA

13 - FONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - NOME DO RESPONSÁVEL

17 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

19 - C.D.S. - CIDADE

20 - UF

21 - CEP

22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura do fêmur esquerdo  
D. distal

23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

H.0. amigra

24 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

fratura + OR + R

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRIMÁRIO

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

31 - CUNHA

32 - CAUSAS DA INTERNAÇÃO

33 - DOCUMENTO

34 - N.º DO DOCUMENTO

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE

36 - DATA DE SOLICITAÇÃO

37 - ASSINATURA

38 - N.º DO DOCUMENTO

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURANÇA

41 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - N.º DO DOCUMENTO

43 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - N.º DO DOCUMENTO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - EMPREGADO

47 - EMPREGADOR

48 - AUTÔNOMO

49 - DESEMPREGADO

50 - EMPREGADO

51 - N.º DO DOCUMENTO

## AUTORIZAÇÃO

52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - C.D.S. - CIDADE

54 - N.º DO DOCUMENTO

55 - DOCUMENTO

56 - C.D.S.

57 - C.D.S.

58 - N.º DO DOCUMENTO

59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

60 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





**PLANTAO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Francisco de A. Costa

Paciente c/ fratura do tubérculo supra  
do m. D. após trauma referido em  
Novembro de 2018. Estava aguardando  
cirurgia.

Evolui c/ melhorias da SDA no  
membro D.

Rx c/ fratura em consolidação avançada  
da .

Está em tratamento c/ Fisioterapia  
Necessário de monitoramento periódico.

CID S12.1

Natal,

08/02/2019

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pê e Tornozelo  
CRM RA 09631/TEOT 15251







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a), Francisco de Assis Dantas, 45 anos, foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 27/10/18, no endereço, Bairro novo Horizonte - Assú, paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 27 de Novembro de 2018.

Atenciosamente,

Enfa. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho  
Coren-RN 256.149  
Coordenadora Local SAMU-RN  
Base Descentralizada de ASSÚ - RN





→ ver mais my

→ Introdução





PRONTOCLÍNICA  
**Dr. Paulo Gurgel**  
Prontoclínica da Criança Ltda.

**PLANTAO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIOS-X

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Francisco de A. L. L. L.

Existe c/ fratura do tubérculo supracondiláreo lateral do ulna após trauma referido em Novembro de 2018. Estava aguardando urgência.

Existe c/ disjunção da RMC no antebraço.

Rx c/ fratura em consolidação crônica da

Está em tratamento c/ Fisioterapia. Necessário de avaliação física.

C. D. S. J.

Natal,

08/02/2019

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM RN 09637/TEOT 15251











## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190346277 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS DANTAS **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TUBÉRCULO MAIOR À DIREITA. (ANEXO 1 P3)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3 P4)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 08/02/2019 ASSINADO PELO DRº FILIPPI RANIERI ALVES - CRM 6963/RN

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083039/19

**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

**CPF:** 079.609.174-93

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/10/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO DE ASSIS DANTAS

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS : 074.549.004-29

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

#### FRANCISCO DE ASSIS DANTAS : 079.609.174-93

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2019  
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS  
CPF: 074.549.004-29

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019  
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS  
CPF: 106.690.934-24

FRANCISCO DAS CHAGAS DANTAS

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS

