TJRN
PJe - Processo Judicial Eletrônico

01/02/2021

# Número: **0800835-12.2020.8.20.5113**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Areia Branca**
Última distribuição : **22/07/2020**
Valor da causa: **R$ 12.656,25**
Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| **JONAS DA SILVA REBOUCAS (AUTOR)** | **LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)** |
| **Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)** | **LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)** |

| Documentos | | | |
|---|---|---|---|
| **Id.** | **Data da Assinatura** | **Documento** | **Tipo** |
| 64921036 | 01/02/2021 09:42 | 2781057_CONTESTACAO_Anexo_03 | Documento de Comprovação |

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200164308**

**Vítima: JONAS DA SILVA REBOUCAS**

**Data do Acidente: 31/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARINA SOUZA DA COSTA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JONAS DA SILVA REBOUCAS**

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

Pag. 00405/00406 - carta_01 - INVALIDEZ

00030203

**Carta nº 15749892**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200164308** **Vítima: JONAS DA SILVA REBOUCAS**

**Data do Acidente: 31/01/2020** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARINA SOUZA DA COSTA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JONAS DA SILVA REBOUCAS**

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

| | |
|---|---|
| Multa: | R$ 0,00 |
| Juros: | R$ 0,00 |
| Total creditado: | R$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R$ 843,75

Recebedor: **JONAS DA SILVA REBOUCAS**
Valor: **R$ 843,75**
Banco: **001**
Agência: **000000036-1**
Conta: **0000073959-6**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: 023530673-24 | 4 - Nome completo da vítima: Jonas da Silva Rebouças

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jonas da Silva Rebouças | 6 - CPF: 023530673-24

7 - Profissão: Recusa | 8 - Endereço: Rua Vivaldo Dantas de Farias | 9 - Número: 300 | 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Centro | 12 - Cidade: Tibau | 13 - Estado: RN | 14 - CEP: 59678-000

15 - E-mail: Não possui | 16 - Tel. (DDD): (84) 99127-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ( ) (informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 0036 (1) (informar o dígito se existir) CONTA: 73.959 (6) (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 posteriormente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica do seguro ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CC) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou resultado (pai reconhecido)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

PARA AUTENTICAÇÃO DO TERMO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 39 | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

38 - 39 | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró - RN 05/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FOS.001 V002/2019


VISA
Ourocard

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE TIBAU – RN
OPERAÇÃO VERÃO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 037/2020.**

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**: ACIDENTE DE TRÂNSITO
**LOCAL DO FATO**: Av. Teresa Patricio, Centro de Tibau/RN.

**DATA E HORA DO FATO**: 31/01/2020, por volta das 18h30min.

**COMUNICANTE/VÍTIMA**: JONAS DA SILVA REBOUÇAS, brasileiro, Solteiro, motorista, RG nº 2004010129603 e CPF nº 021.530.673-24, natural de Mossoró-RN, nascido em 26/10/1986, filho de Carlos de Souza Rebouças e de Lúcia Maria da Silva Rebouças, residente e domiciliado na Rua Vivaldo Dantas, Jardim de Alícia, Tibau/RN. Tel.: (84) 9 9851-4901.
**ACUSADO:** A esclarecer.

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

Informa o Comunicante que no dia e hora acima referidos trafegava na Zona Rural desta Urbe, em sua Motocicleta, qual seja: HONDA BIZ 110I, DE COR VERMELHA, A QUAL SE ENCONTRA EM NOME DO SUA ANTIGA PROPRIETÁRIA, MARIA LUCINEIDE CHAVES COSTA, DE PLACA POL9260, ANO 2016 ; RENAVAM Nº 1104864727; QUE trafegava no Centro desta Urbe e Colidiu em um cachorro; QUE não conseguiu mais manter a motocicleta em movimento e sofreu um acidente automobilístico; QUE caiu no asfalto e populares o levaram para a Emergência de Tibau-RN, Hospital Municipal; QUE como resultado do acidente, fraturou o punho esquerdo; QUE ao chegar no SOS de Tibau, foi atendido pelo médico plantonista e foi encaminhado ao Hospital Regional Tarcísio Maia na cidade de Mossoró-RN . Nada mais disse.

**DATA E HORÁRIO DO REGISTRO**: 17/02/2020, às 11h50min.

Jonas da Silva Rebouças
ASSINATURA DO(A) COMUNICANTE

Marcos Aurelio de Oliveira - 207.195-3
REGISTRANTE

Seguradora LÍDER

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: 023530673-24 | 4 - Nome completo da vítima: Jonas da Silva Rebouças

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jonas da Silva Rebouças | 6 - CPF: 023530673-24

7 - Profissão: Recuso | 8 - Endereço: Rua Vivaldo Dantas de Farias | 9 - Número: 300 | 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Centro | 12 - Cidade: Tibau | 13 - Estado: RN | 14 - CEP: 59678-000

15 - E-mail: Não possui | 16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 0036 (1) (Informar o dígito se existir) CONTA: 73.954 (6) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação de laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou herdeiro(s) menor(es)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:
CPF:
Assinatura do testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró-RN 05/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

# 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: 14/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS DA SILVA REBOUCAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000073959-6

---

Nr. da Autenticação D65461BB98572CD6

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

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

COSERN
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**
MARINA SOUZA DA COSTA
CPF: 107.004.784-85

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**
RUA VIVALDO DANTAS DE FARIAS 100
CENTRO/AREA URBANA
59578-000 TIBAU/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

| DATA DE VENCIMENTO | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | CONTA CONTRATO |
|---|---|---|
| 11/03/2020 | 12/02/2020 | 007014280868 |
| TOTAL A PAGAR (R$) | DATA DA APRESENTAÇÃO 17/02/2020 | Nº DO CLIENTE 3011461978 |
| 114,06 | NÚMERO DA NOTA FISCAL 037605633 | Nº DA INSTALAÇÃO 0002761621 |
| | Série: U | |

**CLASSIFICAÇÃO**
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

**RESERVADO AO FISCO**
AA4A.920B.2984.4DEC.8013.D645.A34A.8289

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R$) |
|---|---|---|---|
| Consumo Ativo(kWh)-TUSD | 137,00 | 0,32847010 | 44,95 |
| Consumo Ativo(kWh)-TE | 137,00 | 0,32328608 | 44,29 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 1,35 |
| Contrib. Hum. Pública Municipal | | | 18,00 |
| Multa por atraso-NF 033054391 - 14/11/19 | | | 1,81 |
| Juros por atraso-NF 033054391 - 14/11/19 | | | 1,23 |
| Atualização IGPM-NF 033054391 - 14/11/19 | | | 2,43 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | 114,06 |

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

| Vencto | Dt Rcav | Valor |
|---|---|---|
| 13/01/20 | 17/02/20 | 124,43 |

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encaminhamento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos na Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

**Tarifas Aplicadas**

| | |
|---|---|
| Consumo Ativo(kWh)-TUSD | 0,25496000 |
| Consumo Ativo(kWh)-TE | 0,25087000 |

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

| | R$ | % |
|---|---|---|
| Geração de Energia | 32,84 | 36,93 |
| Transmissão | 3,61 | 3,95 |
| Distribuição (Cosern) | 22,71 | 25,57 |
| Encargos Setoriais | 5,27 | 5,87 |
| Tributos | 20,27 | 22,33 |
| Perdas de Energia | 6,09 | 6,72 |
| TOTAL | 90,59 | 100 |

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

| | | kWh |
|---|---|---|
| FEV | 20 | 137 |
| JAN | 20 | 166 |
| DEZ | 19 | 160 |
| NOV | 19 | 128 |
| OUT | 19 | 136 |
| SET | 19 | 119 |
| AGO | 19 | 132 |
| JUL | 19 | 143 |
| JUN | 19 | 152 |
| MAI | 19 | 160 |
| ABR | 19 | 204 |
| MAR | 19 | 275 |
| FEV | 19 | 333 |

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

| ICMS | | | PIS | | | COFINS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
| 90,59 | 18,00 | 16,30 | 90,59 | 0,78 | 0,70 | 90,59 | 3,62 | 3,27 |

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 000000002180861079 | CAT | 15/01/2020 | 2.318,00 | 12/02/2020 | 2.455,00 | 28 | 1,00000 | 0,00 | 137,00 |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/03/2020

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | | dez/2019 | | | |
| DIC-No.de horas sem Energia | | 0,00 | 10,44 | 20,88 | 41,76 |
| FIC-No.de vezes sem Energia | | 0,00 | 7,59 | 15,18 | 30,36 |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua | | 0,00 | 5,58 | 0,00 | 0,00 |
| DICRI-Duração de interrupção em dia crítico | | | Limite DICRI: 10,50 | | |

EUSD-Valor de Encargo de Uso = R$ 34,85

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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.
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.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encaminhamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

**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 |
|---|---|---|---|
| 007014280868 | 02/2020 | 114,06 | 11/03/2020 |

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838200000010 140600384077 014280868200 013352597234

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-0

COSERN
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**
MARINA SOUZA DA COSTA
CPF: 107.004.784-85

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**
RUA VIVALDO DANTAS DE FARIAS 100
CENTRO/AREA URBANA
59578-000 TIBAU RN

As condições gerais do 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

| DATA DE VENCIMENTO | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | CONTA CONTRATO |
|---|---|---|
| 11/03/2020 | 12/02/2020 | 007014280868 |
| TOTAL A PAGAR (R$) | DATA DA APRESENTAÇÃO 17/02/2020 | Nº DO CLIENTE 3011461976 |
| 114,06 | NÚMERO DA NOTA FISCAL 037605633 | Nº DA INSTALAÇÃO 0002761821 |
| | Série: U | |

**CLASSIFICAÇÃO**
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

**RESERVADO AO FISCO**
AA4A.920B.2984.4DEC.8013.D645.A34A.8269

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R$) |
|---|---|---|---|
| Consumo Ativo(kWh)-TUSD | 137,00 | 0,32317010 | 44,95 |
| Consumo Ativo(kWh)-TE | 137,00 | 0,32328608 | 44,29 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 1,35 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 18,00 |
| Multa por atraso-NF 033054391 - 14/11/19 | | | 1,61 |
| Juros por atraso-NF 033054391 - 14/11/19 | | | 1,23 |
| Atualização IGPM-NF 033054391 - 14/11/19 | | | 2,43 |
| TOTAL DA FATURA | | | 114,06 |

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

| Vencto | Dt Reav | Valor |
|---|---|---|
| 15/01/20 | 17/02/20 | 124,13 |

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

**Tarifas Aplicadas**

| | |
|---|---|
| Consumo Ativo(kWh)-TUSD | 0,26466000 |
| Consumo Ativo(kWh)-TE | 0,26987000 |

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

| | | kWh |
|---|---|---|
| FEV | 20 | 137 |
| JAN | 20 | 166 |
| DEZ | 19 | 150 |
| NOV | 19 | 129 |
| OUT | 19 | 136 |
| SET | 19 | 119 |
| AGO | 19 | 132 |
| JUL | 19 | 143 |
| JUN | 19 | 152 |
| MAI | 19 | 180 |
| ABR | 19 | 204 |
| MAR | 19 | 275 |
| FEV | 19 | 333 |

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

| | R$ | % |
|---|---|---|
| Geração de Energia | 32,84 | 38,03 |
| Transmissão | 3,64 | 3,98 |
| Distribuição (Cosern) | 22,71 | 26,27 |
| Encargos Setoriais | 5,27 | 6,82 |
| Tributos | 20,27 | 22,38 |
| Perdas de Energia | 6,49 | 6,72 |
| TOTAL | 90,58 | 100 |

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

| ICMS | | | PIS | | | COFINS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
| 90,59 | 18,00 | 16,30 | 90,59 | 0,78 | 0,70 | 90,59 | 3,62 | 3,27 |

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 000000902780661079 | CAT | 15/01/2020 | 2,318,00 | 12/02/2020 | 2,455,00 | 28 | 1,00000 | 0,00 | 137,00 |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/03/2020

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | | dez/2019 | | | |
| DIC-No.de horas sem Energia | | 0,00 | 10,44 | 20,88 | 41,76 |
| FIC-No.de vezes sem Energia | | 0,00 | 7,59 | 15,19 | 30,38 |
| DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua | | 0,00 | 5,58 | 0,00 | 0,00 |
| DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico | | | Limite DICRI: 16,50 | | |

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 34,88

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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.
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 de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

**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 |
|---|---|---|---|
| 007014280868 | 02/2020 | 114,06 | 11/03/2020 |

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838200000010 140600384077 014280868200 013352597234

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/1

Seguradora LIDER

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorolider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Marina Souza da Costa,

RG nº 2887344, data de expedição 04/08/06,

Órgão Aesp RN, CPF nº 107.004.784-85,

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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|---|---|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | Rua Vivaldo Dantas de Farias |
| Número | 300 |
| Apto/Complemento | Casa |
| Bairro | Centro |
| Cidade | Tibau |
| Estado | RN |
| CEP | 59678-000 |
| Tel. de contato | (84) 99827-0066 |
| E-mail | Não possui |

**Por ser verdade, firmo-me**

Local e Data: Mossoró-RN 05/03/2020

Marina Souza da Costa
Assinatura do Declarante

Seguradora LÍDER

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 55

**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=79558

A Circular SUSEP[1] 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[2]

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marina Souza da Costa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 307 004 784 / 85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonas da Silva Rebouças inscrito (a) no CPF sob o Nº 021 530 673 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jonas da Silva Rebouças

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021 530 673 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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: Rua Vivaldo Dantas de Farias | | Número: 300 | Complemento: Casa |
| Bairro: Centro | Cidade: Tibau | Estado: RN | CEP: 59678-000 |
| Email: Não Possui | | | Tel.(DDD): (84) 99827-0066 |

Local e Data: Mossoró RN 05/03/2020

Marina Souza da Costa
Assinatura do Declarante

DLUN.001 V001/2017

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
*PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAU*
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

03

FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIO/SUS

R.G. Nº CARTÃO SUS: N

ATENDIMENTO Nº

NOME: Jonas da Silva Ribeiro

IDADE: 33 ANOS ___ MESES ___ DIAS

D.N.: 26/10/80 SEXO: M NOME DA MÃE: Lúcia Maria da S. Ribeiro

ENDEREÇO (RUA/AV): Ezaldo Mantas PROFISSÃO: Motorista

BAIRRO: Jardim de Alencar CIDADE: Tibau ESTADO: RN

FEL: 9321-4901 ACOMPANHANTE: Esposa DATA: 31/01/20 HORA: 19:01

MOTIVO DA PROCURA: Queda de moto? RUBRICA SERVIDOR: Marinha

QUEIXA: Queda de moto

PERÍODO:

ANTECEDENTES PATALÓGICOS: ( ) HAS ( ) DM OUTROS:

ANTECEDENTES ALÉRGICOS: Nega

SINAIS VITAIS/DADOS INICIAIS: Peso: ___ kg Temperatura: ___ °C F.C. ___ BPM P.A.: 110 x 90 mmHg

F.R.: ___ RPM SpO2: ___ % H.G.T.: ___ Mg/Dl ESCALA DE GLASGOW: ___ PTS.

TIPO DE ATENDIMENTO: ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Urgência Leve ( ) Não Urgência CLASSIFICAÇÃO:

## ANAMNESE (MÉDICO)

Acidente de motocicleta quando vem de retorno em uma curva. Chegou de acompanhante 30 minutos de hospital depois do acidente. Ele em ambulatorio esquerda após acidente de transito

## EXAME FÍSICO (MÉDICO)

Ao exame físico encontra-se lúcido e orientado, extremidades: membro superior esquerdo com dificuldade de movimento, com deformidade + dor.

## EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: ( ) HC ( ) EAS OUTROS:

(✓) RADIOLOGIA (ESPECIFICAR) de membro superior esquerdo

( ) ECG OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): 1) Fratura de radio, ulna?

CODIGO(S) CIDs (SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA):

CONDUTA: ( ) Medicação+Alta ( ) Medicação+Observação ( ) Orientações

ENCAMINHAMENTO PARA: HRTM Ortopedia Dr. Galeno

Nível de Referência: ( ) Alta Especializado ( ) PSF/UBS ( ) CAPS

MÉDICO: Carimbo e Assinatura

Dr. Pablo L. Dantas V. da Silva
Médico
CRM/RN 10...

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **2209 /2020**

Admissão: **31/01/2020 20:13:09**

OK

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO**

**Paciente:10909 - JONAS DA SILVA REBOUCAS** (33 a 3 m 5 d )
Nascimento: 26/10/1986 Natural: MOSSORO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 708403279284569 CPF: 02153067324 Prof:
Mãe: LUCIA MARIA DA SILVA REBOUCAS Pai: CARLOS DE SOUZA REBOUCAS
Logradouro: VIVALDO DANTAS, 100
CEP: 59678000 Bairro: JARDIM DE ALICIA Cidade: TIBAU
Telefone:84.94736875 Compl:

**Motivo**(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO **Tipo:** REGULADO
**Origem:** AMBULANCIA OUTRO *Empresa:

OBS: DR. PABLO - TIBAU/ AUTORIZADOR: DR. GALERIO **Classificação:** 31/01/2020 20:09:06 **PESO:**

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. / Pulso | TEMP. | Glasgow | RTS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

**Queixas:** HD: FRATURA DE RADIO OU ULNA?
Dt e Hora:____

Trauma e pulso E
e dor e edema e limitação
funcional

Fratura da extremidade radial (sem desvio)

**Diagn. Inicial:** **Assin:**

| PRESCRIÇÃO: | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|---|---|---|---|
| - Gelo ao local - | | | |
| - Tipoia | | | |

*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: *(Preencher CID, PROC )*

CID_____ Proc._____ Data:___/___/20. Hr:____:____ Médico: _____
*(Assinar e Carimbar)*

*Gerado via SX por MAURICIO RODRIGUES PEREIRA. Impresso em 31 de Janeiro de 2020.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 12/02/2020
SAME / ARQUIVO

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **2209 /2020**

Admissão: **31/01/2020 20:13:09**

OK

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

**Paciente:10909 - JONAS DA SILVA REBOUCAS** (33 a 3 m 5 d )
Nascimento: 26/10/1986 Natural: MOSSORO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 708403279284569 CPF: 02153067324 Prof:
Mãe: LUCIA MARIA DA SILVA REBOUCAS Pai: CARLOS DE SOUZA REBOUCAS
Logradouro: VIVALDO DANTAS, 100
CEP: 59678000 Bairro: JARDIM DE ALICIA Cidade: TIBAU
Telefone:84.94736875 Compl:

**Motivo**(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO **Tipo:** REGULADO
**Origem:** AMBULANCIA OUTRO *Empresa:

| OBS: DR. PABLO - TIBAU/ AUTORIZADOR: DR. GALERIO | Classificação: 31/01/2020 20:09:06 | PESO: |
|---|---|---|

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. / Pulso | TEMP. | Glasgow | RTS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

### HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

**Queixas:** HD: FRATURA DE RADIO OU ULNA?
Dt e Hora:____

Trauma e punho E
+ dor e edema e limitação
funcional

Fratura da epífise radial (sem desvio)

**Diagn. Inicial:** **Assin:**

| PRESCRIÇÃO: | VIA | HORARIO | ASSINT. |
|---|---|---|---|
| - Gelo ou cataplasma. | | | |
| - Tipoia | | | |

Cecília Cordão de S. Júlia
Ortopedista

***SAÍDA:** ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: *(Preencher CID, PROC)*

**CID**_____ **Proc.**_____ **Data:**___/___/20. Hr:____:____ **Médico:** _____
*(Assinar e Carimbar)*

*Gerado via SX por MAURICIO RODRIGUES PEREIRA. Impresso em 31 de Janeiro de 2020.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22/02/2020
SAME / ARQUIVO
MAT. - 150.372-0

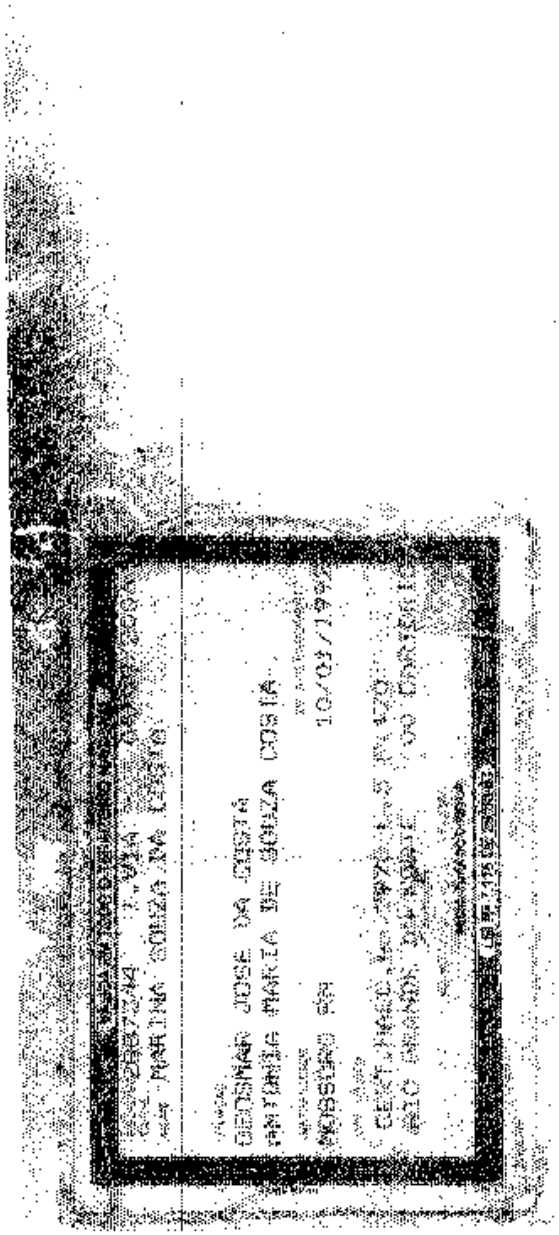
| DATA/HORA | PRESCRIÇÕES MÉDICAS/REGISTROS DE ENFERMAGEM | LEITO ASSINATURA DO PROFISSIONAL |
|---|---|---|
| 31 JAN 2021 19:14 pm | 1) Voltaren 25mg - 1 amp IM<br>2) Dipirona 500mg - 1 amp IM<br>3) imobilização do antebraço. | Dr. Pablo L. Dantas V. da Silva<br>Médico<br>CRM/RN 10219 |
| 19:15 pm | Feito redução com o paciente sedado, paciente mobilizou membro 99625-1669, que corresponde a Alexia, porém não consigo pela com mangueira apenas chamo. | Dr. Pablo L. Dantas V. da Silva<br>Médico<br>CRM/RN 10219 |
| 19:21 pm | Encaminhado ao Hospital Regional Tarcísio Maia, sob a cuidados do Dr. Galvão do serviço de ortopedia, acompanhado da enfermeira e equipe de enfermagem. | Dr. Pablo L. Dantas V. da Silva<br>Médico<br>CRM/RN 10219 |

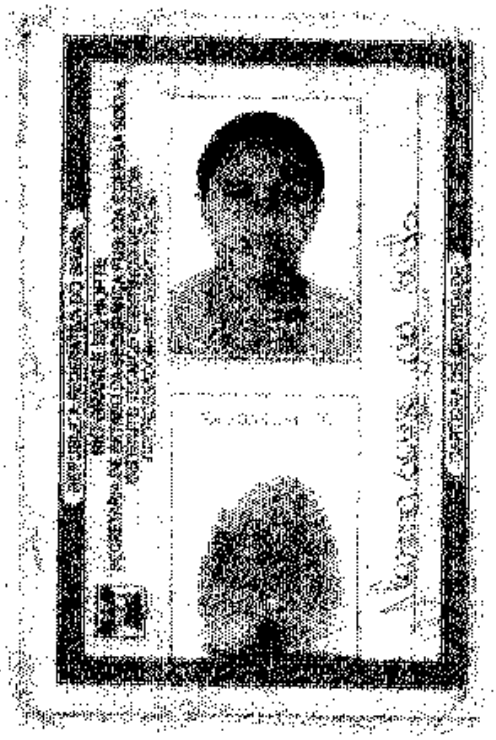
ASSINATURA DO PACIENTE EM CASO DE NÃO CONTINUIDADE DE TRATAMENTO (ESPECIFICAR ACIMA):

RG/CPF:

Vítima


RIO GRANDE DO NORTE
1482427825
PROIBIDO PLASTIFICAR
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482427825


GERONIMO JOSE DA COSTA
MARIA DE SOUZA COSTA
10/02/1995



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **107.004.784-85**

Nome: **MARINA SOUZA DA COSTA**

Data de Nascimento: **10/01/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/06/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:42:20** do dia **10/02/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **79A5.0C69.8D5E.9E56**

Este documento não substitui o [illegible]

(Modelo aprovado pela IN RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 012635976432

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMAG | 01 | 1104864727 | 0000000000 | 2016 |

MARIA LUCINEIDE CHAVES COSTA
**********
**********
ICAPUI/CE

| | |
|---|---|
| 00552171336 | POL9260 |
| ******/CE | 9C2JC7000GR122313 |

| | |
|---|---|
| FAS/MOTONETA/NAO APLIC * | GASOLINA |

| | | |
|---|---|---|
| HONDA/BIZ 110I | 2016 | 2016 |

| | | |
|---|---|---|
| 2P/0CV/109CC | PARTIC | VERMELHA |

| | | |
|---|---|---|
| ******,** | **/**/** | ***** |
| *** | ******,** | ***** |

| | | |
|---|---|---|
| | | 00/00/0000 |

AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND
A LTDA;**********
**********

| | |
|---|---|
| ICAPUI | 16/12/2016 |

Igor Pontes
DETRAN-CE

DENATRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (DPVAT)

CE Nº 012635976432 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
00552171336 POL9260
AS CONDIÇÕES GERAIS DA COBERTURA

www.dpvatseguro.detransite.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

| | |
|---|---|
| 2016 | 16/12/2016 |

| | | |
|---|---|---|
| 01 | 00552171336 | POL9260 |

| | |
|---|---|
| 1104864727 | HONDA/BIZ 110I |

| | | |
|---|---|---|
| 2016 | 09 | 9C2JC7000GR122313 |

PRÊMIO TARIFÁRIO

| | | |
|---|---|---|
| PNS (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$) |
| CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) |

PAGAMENTO: X À VISTA / PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

PROPRIETARIO

LOTE/DOC: 1980540/67 LACRE:
MOTOR: JC70E0612231 9

www.dpvatseguro.detransite.com.br

JAN-2016

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200164308 **Cidade:** Tibau **Natureza:** Invalidez Permanente
**Vítima:** JONAS DA SILVA REBOUCAS **Data do acidente:** 31/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 11/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO (ESTILÓIDE RADIAL).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**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 punhos | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R$ 843,75 |
| | | **Total** | **6,25 %** | **R$ 843,75** |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200164308 **Cidade:** Tibau **Natureza:** Invalidez Permanente
**Vítima:** JONAS DA SILVA REBOUCAS **Data do acidente:** 31/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 08/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO E ULNA DISTAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 1/2

**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 punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R$ 1.687,50 |
| | | **Total** | **12,5 %** | **R$ 1.687,50** |

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: [illegible] brasileiro(a), estado civil [illegible] profissão [illegible] data do Acidente [illegible] portador(a) do RG [illegible] órgão expedidor [illegible] do CPF [illegible] residente no(a) [illegible] bairro [illegible] município [illegible]

**OUTORGADO:**

Nome: [illegible] brasileiro(a), estado civil [illegible] Profissão [illegible] portador(a) do RG [illegible] órgão expedidor [illegible] do CPF [illegible] residente no(a) [illegible] bairro [illegible] município [illegible]

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, por acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos necessários ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Tibau-RN 01/04/20

Local e Data

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)