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: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000052136-9

Nr. da Autenticação A1646F2FFFB417D2

COSERN

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20.035.155-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES

CPF: 085.249.104-04 Nº 1225030504?

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MIGUEL AUGUSTO SILVEIRA 5290

AEROPORTO/AREA URBANA
MOSSORO RN
59603-014

CONTA CONTRATO	REFERÊNCIA
0852763450	09/2019
VENCIMENTO	PRÓXIMA LEITURA
19/09/2019	14/10/2019
TOTAL A PAGAR	99,52

[illegible]	[illegible]	[illegible]
03/01/05??	ÚNICA	12/03/2019
12/08/2019	3000083823	426453

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,21371220	6,59
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37554970	26,33
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	75,0000000	0,56497456	42,37
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,28
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,59
ICMS-Parcela Subvencionada			7,13
Multa por atraso-Nº 027014850 - 12/07/19			1,57
Juros por atraso-Nº 027014850 - 12/07/19			0,95
Atualização IGPM-Nº 027014850 - 12/07/19			0,24

TOTAL DA FATURA [illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
4021860?	CAT	13/08/2019	13.763,00	12/09/2019	13.938,00	30	1,0000		175,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
SET 19	175
AGO 19	157
JUL 19	164
JUN 19	165
MAI 19	177
ABR 19	165
MAR 19	170
FEV 19	168
JAN 19	175
DEZ 18	172
NOV 18	155
OUT 18	180
SET 18	160

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	81,58	18,00	14,68
PIS	81,58	0,91	0,74
COFINS	81,58	4,20	3,43

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	23,03	28,2%
Transmissão	5,01	6,22%
Distribuição (Fio/Coelho)	20,21	24,77%
Perdas de Energia	5,42	6,64%
Encargos Setoriais	1,2	7,56%
Tributos	19,31	23,88%
Total	[illegible]	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh 0,21371220
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,37554970
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,56497456

RESERVADO AO FISCO

21E1.8608.C674.1793.44CF.9F83.4E06.3C61

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Mês/Ano	Vencimento	Valor	Multa	Correção	Juros
07/2019	12/07/2019	89,70			

[illegible]

QUALIDADE E CONTINUIDADE DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
	MOSSORÓ	08/2019			
DIC		0,00	5,07	10,15	20,30
FIC		0,00	3,33	5,47	17,86
DMIC		0,00	2,52	0,00	0,00

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

EUSD 20 12,74

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
0852763450	09/2019	19/09/2019	99,52

03860000000-0 99520038400-0 85276345020-4 01643426293-1

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

COSERN

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA / FATURA / NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20.035.155-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES

CPF: 080.249.104-02 NIS: 12850300648

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAGUEL AUGUSTO SILVEIRA 5290

AEROPORTO/AREA URBANA
MOSSORO RN
59622-014

0852763450 | 09/2019
19/09/2019 | 14/10/2019

17/09/2019 | 3000893383

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL 99,52

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,21371229	6,59
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37584970	26,33
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	75,0000000	0,56497455	42,37
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,28
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,59
ICMS-Parcela Subvencionada			7,13
Multa por atraso-NF 027014850 - 12/07/19			1,57
Juros por atraso-NF 027014850 - 12/07/19			0,95
Atualização IGPM-NF 027014850 - 12/07/19			0,24

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
4021680	CAT	15/08/2019	19.763,00	13/09/2019	19.938,00	29	1,0000		175,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
SET 19	175
AGO 19	177
JUL 19	164
JUN 19	165
MAI 19	177
ABR 19	175
MAR 19	170
FEV 19	168
JAN 19	175
DEZ 18	172
NOV 18	158
OUT 18	150
SET 18	160

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	81,58	18,00	14,68
PIS	81,58	0,84	0,71
COFINS	81,58	4,00	3,28

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	22,63	28,77%
Transmissão	R$	3,01	3,82%
Distribuição (Cosern)	R$	20,31	25,77%
Perdas de Energia	R$	5,02	6,64%
Encargos Setoriais	R$	1,72	2,18%
Tributos	R$	19,31	23,88%

Consumo Ativo até 30 kWh / Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh / Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

RESERVADO AO FISCO

A1E1.8868.0674.1193.44CF.3F33.45C5.3C81

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Mês/Ano	Emissão	Valor	Vencto.	Situação
05/2019	12/07/2019	85,70		

[illegible]

QUALIDADE E CONTINUIDADE DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	MOSSORÓ 2	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC		0,00	3,33	6,67	13,35
DMIC		0,00	2,92	0,00	0,00

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

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
0852763450	09/2019	19/09/2019	99,52

03860000000-0 99520038400-0 85276345020-4 01643426293-1

Seguradora LÍDER

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 07 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 428 12 05 | Ouvidoria: 0800 021 91 36

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é obrigatório em processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponível em endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.AS?XTIPO=1&CODIGO=25536

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT; contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[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 SIGNIFICADO DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Naila Caliane de Mendonça Alves

inscrito (a) no CPF/CNPJ 065 249 104 - 94 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edigle Miguel A. Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 970 434 - 79

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edigle Miguel A. Silveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 970 434 - 79 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 Miguel A. Silveira		Número: 5290	Complemento: Casa
Bairro: Aeroporto	Cidade: Mossoró	Estado: RN	CEP: 59608 - 054
E-mail: Não possui			Tel/DDD: (84) 99827 - 0066

Local e Data: Mossoró - RN 20/09/2019

x Naila Caliane de Mendonça Alves
Assinatura do Declarante

DLDRL.001.V001/2017

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **61423 /2019**

Admissão: **14/09/2019 18:04:36**

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente:49247 - EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS (36 a 4 m 15 d)

Nascimento: 29/04/1983 Natural: MOSSORO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 01097043479 Prof:

Mãe: MARIA LINDALVA DA SILVA DE MEDEIROS Pai: EDIR GERALDO DE MEDEIROS

Logradouro: MIGUEL AUGUSTO SILVEIRA, 5290

CEP: 59608014 Bairro: AEROPORTO Cidade: MOSSORO

Telefone:84.991302515 Compl: (LOT QUIXABEIRINHA)

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA *Empresa:

OBS: VEIO POR MEIOS PROPRIOS. **Classificação:** 14/09/2019 17:59:17 **PESO:**

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, ECG 15, COM ESCORIAÇÕES EM FACE, TRAUMA EM NARIZ, E EDEMA EM REGIÃO PERIORBITAL ESQ.

Hora:__:__

Colisão moto x moto. Tontura, sem capacete.
A = VA pérvia. B = Eupnéico. C = Estável
D = ECG 15 E = Hematoma peri-orbitário
(E) Solicito TC.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
Voltaren 75 mg IM.			
Parecer NCR e BMF.			

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO ... ESTÁ CONFORME O ORIGINAL ... SAME MOSSORÓ 14/09/2019 SAME / ARQUIVO

Romuel Vieira Cirurgia de Cabeça e Pescoço Cirurgia Geral CRM/RN 6366

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

CID_____ Proc._____ Data:___/___/19. Hr:___:___ Médico: _____ *(Assinar e Carimbar)*

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 14 de Setembro de 2019.

SUS Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____ CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **49247 EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS** Prontuário:

CNS: Nascimento: 29/04/1983 Sexo: Masculino Cor: PARDA

Mãe: MARIA LINDALVA DA SILVA DE MEDEIROS Pai: EDIR GERALDO DE MEDEIROS

Endereço: RUA MIGUEL AUGUSTO SILVEIRA, 5290 - AEROPORTO - MOSSORO Fone: 991302515 /

Município: MOSSORO Código Municipal IBGE: 240800 UF: RN CEP: 59608-014

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA Laudo: 37 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

Queda de moto sem capacete
Alcoolizado.
G15, rinorragia moderada

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Necessidade de cuidados neurocirúrgicos

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO VA...
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16/09/2019
SAME / ARQUIVO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC crânio: Fraturas de face + pneumoencéfalo

Diagnostico e Procedimento Inicial:

S06.1 EDEMA CEREBRAL TRAUMÁTICO*303040084 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALI

Profissional Solicitante / Assitente:

ANDRE LIMA BATISTA CRM: 4119 / RN Data da Solicitação 14/09/201

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho
( ) Acidente de Trabalho Típico
( ) Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: ____

CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: ___

Vínculo com previdência: ( )Empregado ( )Empregador ( )Autônomo ( )Desempregado ( )Aposentado ( )Não Segura

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Documento: ( )CNS ( )CPF nº _____

Data da Autorização: ___/___/___ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH:

NC - 18:40

Queda de moto

Álcool (+) | capacete (-)

Ex. GS ...

blefarohematoma (E)

TC: Fratura de face

... NC p/ ...

P.O. ...

Alta a ...

Dr. Waldizio de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CREMERN 3596

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16/10/15

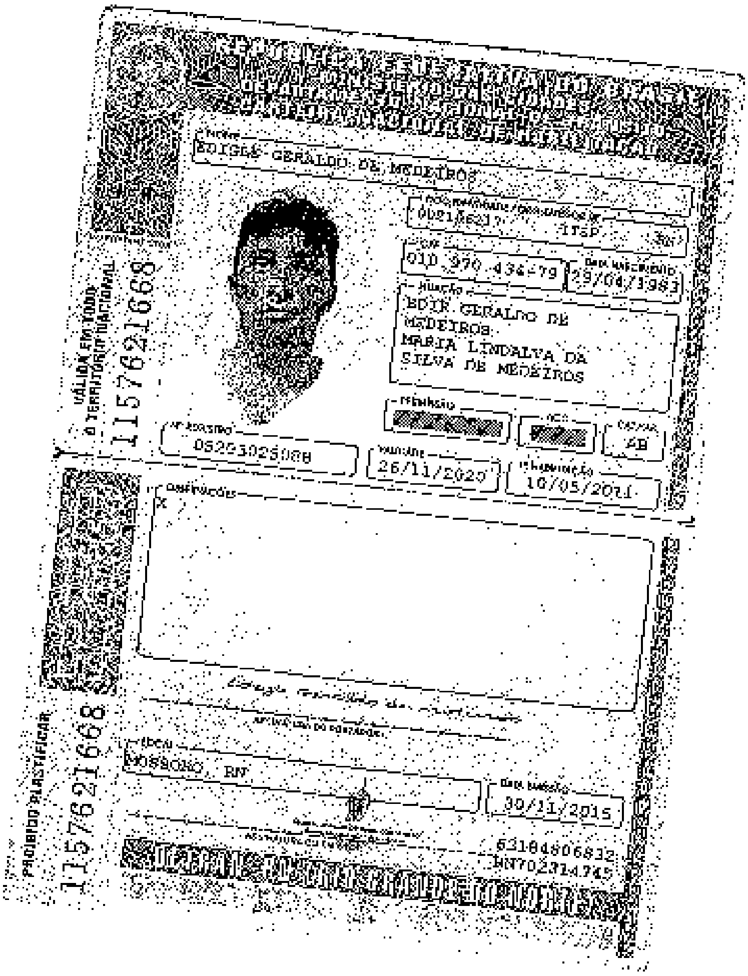
SAME / ARQUIVO

BMF: Paciente ... TC ...

3 M.F. (19:13h) PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MÃO ÚNICA DE MOTOCICLETA, HÁ 1 (UMA) HORA, S/ USO CAPACETE, APÓS INGESTA ALCOÓLICA, SIC, JUNTO AO PACIENTE E ACOMPANHANTE. AVALIADO POR C.G. E NC. APRESENTA-SE CONSCIENTE EM REGIÃO DE MALAR (E) E HEMATOMA INFRAORBITÁRIO (E), C/ MOV. E FUNÇÃO DO G.O. E. PRESERVADOS, S/ EPISTAXE, S/ DOR À PALPAÇÃO, NORMOCLUSÃO DENTÁRIA, S/ QUEIXA DE PARESTESIA EM TERRITÓRIO DO N.F.O.E. AO RX TC PRESENÇA DE FRATURA, ALINHADA, EM PAREDE ANTERIOR DO S.M. S/ INDICAÇÃO DE TTO CIRÚRGICO. ALTA HOSPITALAR P/ AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Anderson Miguel Fernandes ...
Matrícula 81771-0
CRORN 1893

Vítima



NOME
EDIGLS GERALDO DE MEDEIROS

0021?623?? ITSP

CPF
010.970.434-79

DATA NASCIMENTO
29/04/1983

FILIAÇÃO
EDIR GERALDO DE
MEDEIROS
MARIA LINDALVA DA
SILVA DE MEDEIROS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05293025088

VALIDADE
26/11/2020

1ª HABILITAÇÃO
10/05/2011

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1157621668

OBSERVAÇÕES
X

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
30/11/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

63184806832
RN702314745

PROIBIDO PLASTIFICAR

1157621668

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
7425.E110.B99F.EF5F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:56:18 do dia 13/02/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
065.249.104-94
Nome
NARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES
Nascimento
01/03/1985
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL [illegible] DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/2007
NARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES
CARLOS ROBERTO DE MENDONCA
ELITA DE MENDONCA ALVES
NATURALIDADE
MOSSORO RN
DATA DE NASCIMENTO 01/03/1985
DOC. ORIGEM NASC. LIV. [illegible] F-098 RG-033043
MOSSORO RN
02 CARTORIO
231100 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN 11639 // 00264 Nº 014243840799
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	00232863606	**********	2018

NOME: JOSE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

CPF / CNPJ	PLACA
060.704.244-33	NNY7236

PLACA ANT. / UF	CHASSI
NNY7236/RN	9C2JC4110AR050356

ESPÉCIE / TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS	2010	2010

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENCIMENTO COTAS	
	R$ 0,00	07/01/2019	1ª	PAGO
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO COTAS	2ª	PAGO
	002844 3X	R$ ******	3ª	PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) — IOF (R$) — PRÊMIO TOTAL (R$) — DATA DE QUITAÇÃO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
MOTOR:JC41E1AR050356

LOCAL		DATA
MOSSORO/RN	Sidcley Bezerra da Silva Coordenador de Registro de Veículos DETRAN - RN	07/01/2019

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014243840799 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	PLACA
1	060.704.244-33	2018	07/01/2019	NNY7236

RENAVAM	MARCA / MODELO
00232863606	HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.	CAT. TAR.	Nº CHASSI
2010	9	9C2JC4110AR050356

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R$)	DETRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	VALOR TOTAL DO SEGURO (R$)

PAGAMENTO: COTA ÚNICA / PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3190708913***

Nome do(a) Examinado(a): ***EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS***

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Miguel Augusto Silveira, 5290 - Mossoró - RN - CEP 59608-014

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***itep /RN***] ***002106217***

Data e local do acidente: [***14/09/2019***]

Anderson Dutra com Miguel Augusto Silveira, aeroporto,mossoró

Data e local do exame: [***08/01/2020***] ***Mossoró*** [***RN***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo crânio encefálico com pneumoencéfalo. Trauma de face com fratura alinhada na parede anterior da face e com hematoma periorbitário esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima refere episódios de cefaleia e tonturas. Ao exame, vítima orientado e consciente, sem alterações na mastigação. Sem déficits faciais.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

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

Realizado tratamento conservador, apesar de indicação de tratamento cirúrgico. Evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar com orientações para acompanhamento ambulatorial. Refere uso de medicamentos pós trauma.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[***X***] Sim [ ] Não

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

Dano neurológico

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

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central
% do dano: (X) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708913 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com pneumoencéfalo. Trauma de face com fratura alinhada na parede anterior da face e com hematoma periorbitário esquerdo.

Descrição do exame físico: Vítima refere episódios de cefaleia e tonturas. Ao exame, vítima orientado e consciente, sem alterações na mastigação. Sem déficits faciais.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador, apesar de indicação de tratamento cirúrgico. Evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar com orientações para acompanhamento ambulatorial. Refere uso de medicamentos pós trauma.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708913 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com pneumoencéfalo. Trauma de face com fratura alinhada na parede anterior da face e com hematoma periorbitário esquerdo.

Descrição do exame físico: Vítima refere episódios de cefaleia e tonturas. Ao exame, vítima orientado e consciente, sem alterações na mastigação. Sem déficits faciais.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador, apesar de indicação de tratamento cirúrgico. Evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar com orientações para acompanhamento ambulatorial. Refere uso de medicamentos pós trauma.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/01/2020

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708913 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (PNEUMOENCÉFALO).
FRATURAS DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190708913 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (PNEUMOENCÉFALO).
FRATURAS DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Edigle Geraldo de Medeiros

NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado

PROFISSÃO: Vendedor

IDENTIDADE: 002.210.217 CPF: 010.970.434-79

ENDEREÇO: Rua Miguel Augusto Silveira, Nº 5290, Aeroporto

OUTORGADO

NOME: Narla Caliane de Mendonça Alves

NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada

PROFISSÃO: Do Lar

IDENTIDADE: 002.537.171 CPF: 065.249.104-94

ENDEREÇO: Rua Miguel Augusto Silveira, Nº 5290, Aeroporto

NOME DA VÍTIMA: Edigle Geraldo de Medeiros

DATA DO ACIDENTE: 14/09/2019 COBERTURA: Invalidez

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

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

Cartório Quarto Ofício de Notas de Mossoró-RN
Rua Jerônimo Rosado, 74 - Titular: MARIA LUCIVAM FONTES SILVA AZEVEDO, Cont.: (84)3321-6516 cartorioalmossoro@hotmail.com
RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: Nome de Reconhecido: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS; 010.970.434-79.
Confira em: https://selodigital.tjrn.jus.br
Selo Digital: RN20190[illegible]
Mossoró-RN, 19 de setembro de 2019 11:44
DOUGLAS FONTES DE MELO - Substituto

Mossoró 19/09/2019
LOCAL E DATA

Edigle Geraldo de Medeiros
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459210/19

Vítima: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS

Data do acidente: 14/09/2019

CPF: 010.970.434-79

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES : 065.249.104-94

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

EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS : 010.970.434-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 18/12/2019	Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: NARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES	Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 065.249.104-94	CPF: 021.292.004-94
NARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES	GERCIA LOURENCO DA SILVA

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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190708913 **Vítima: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS**

Data do Acidente: 14/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS

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. 00909/00910 - carta_01 - INVALIDEZ
00030455
Carta nº 15270055

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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190708913

Vítima: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
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. 00465/00466 - carta_02 - INVALIDEZ
00060233

Carta nº 15291332

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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190708913 **Vítima: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS**

Data do Acidente: 14/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NARLA CALIANE DE MENDONCA ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS

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$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R$ 1.350,00

Recebedor: **EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS**
Valor: **R$ 1.350,00**
Banco: **104**
Agência: **000000560**
Conta: **0000052136-9**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Pag. 00999/01000 - carta_15R - INVALIDEZ
00030500

Seguradora LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 010 970 434 - 79

4 - Nome completo da vítima: Edigle Geraldo de Medeiros

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Edigle Geraldo de Medeiros

6 - CPF: 010 970 434 - 79

7 - Profissão: Vendedor

8 - Endereço: Rua Miguel D. Silveira

9 - Número: 5290

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Aeroporto

12 - Cidade: Mossoró

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59608 - 034

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 anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ R$1,00 A R$1.000,00
☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00
☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ 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: 0560 (informar o dígito se existir) CONTA: 52336 9 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (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 o débito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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.

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias 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.

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

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 deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos e falecidos:

30 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos e falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder exigirá, 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró - RN 20/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edigle Geraldo de Medeiros

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPE.001 V002/2019

CAIXA

AUTOATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN
DATA: 25/09/2019 HORA: 17:00:39
TERMINAL: 30041022 CONTROLE: 306410228784

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.00052136-9
NOME: EDIGLE GERALDO DE MEDEIROS
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [illegible]

TELEFONE DEPOSTIANTE: 84 99960-9618

NUMERO DO ENVELOPE: 500038994

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474
www.caixa.gov.br

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044178/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/09/2019 10:24 Data/Hora Fim: 18/09/2019 10:25
Origem: Data: 18/09/2019
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Palva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 14/09/2019 18:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN) Bairro: Aeroporto
Logradouro: Anderson Dutra com Miguel Augusto Silveira

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDIGLÊ GERALDO DE MEDEIROS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 29/04/1983
Profissão: Comerciante
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Lindalva da Silva de Medeiros

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 010.970.434-79

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Miguel Augusto Silveira Nº: 5290
Bairro: Aeroporto II
Telefone: (84) 99130-2515 (Celular)

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO, NÃO SABE A PLACA, TIPO 50CC (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nome Civil: NARLA CALIANE DE MENDONÇA ALVES (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 01/03/1985
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Elita de Mendonça Alves

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 065.249.104-94

Endereço

Município: Mossoró - RN

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044178/2019-A02

Logradouro: Miguel Augusto Silveira **Nº:** 5290
Bairro: Aeroporto II

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 060.704.244-33
Placa NNY7236
Renavam 00232963606
Número do Motor JC41E1A050356
Número do Chassi 9C2JC4110AR050356
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 09/11/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ediglê Geraldo de Medeiros	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que conduzia a sua moto transportando a Sra. Narla Callane de Mendonça Alves na garupa quando o autor do fato avançou a via preferencial com a sua motocicleta, vindo a colidir contra a lateral do seu veículo; Que sofreram queda na via da moto; Que se encaminharam de moto ao HRTM; Que o autor do fato se evadiu do local; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou representação criminal; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente de Polícia
Matrícula 169/205
Responsável pelo Atendimento

Ediglê Geraldo de Medeiros
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Seguradora LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

2 - Nº do Sinistro ou RSI:

3 - CPF da vítima: 010 970 434 - 79

4 - Nome completo da vítima: Edigle Geraldo de Medeiros

RESSARCIMENTO 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: Edigle Geraldo de Medeiros

6 - CPF: 010 970 434 - 79

7 - Profissão: Vendedor

8 - Endereço: Rua Miguel D. Silveira

9 - Número: 5290

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Aeroporto

12 - Cidade: Mossoró

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59608 - 034

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 anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ R$1,00 A R$1.000,00
☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00
☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ 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: 0560 (Informar o dígito se existir) CONTA: 52136 9 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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 o direito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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 do 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

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 deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se vítima filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou ascendente (pai/mãe)? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: Mossoró - RN 20/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edigle Geraldo de Medeiros

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019