

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: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000085269-1

Nr. da Autenticação CE9578FD78B0276A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527740 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- PAG 6) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, B.LDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81
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: 115

-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

MICHELE DE SOUZA BILDERRA FERREIRA
CPF: 052.202.924-80 INSC: 20040918220

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMIDORA

RUA LEONILZA RODRIGUES FERNANDES 497
PINTOS/AREA URBANA
59825-518 MOSSORO 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
09/08/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
150,35DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
02/08/2019DATA DA APRESENTAÇÃO
02/08/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
027976314

Série: LI

CONTA CONTRATO
000853475920Nº DO CLIENTE
3000085315Nº DA INSTALAÇÃO
0000561819

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

178C.GDA3.79F5.C606.2385.FAA6.FF03.79E7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,21835341	6,49
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,37069157	25,96
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,55633725	66,76
Consumo Ativo superior a 220 kWh	36,00	0,61815262	22,28
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,64
Contrib. Irm. Pública Municipal			11,73
ICMS-Parcela Subvenção Ids			9,22
Multa por atraso-NF 02498/571 - 03/06/19			2,43
Juros por atraso-NF 02498/571 - 03/06/19			1,25
Atualização IGPM-NF 02498/571 - 03/06/19			1,12
TOTAL D. FATURA			150,35

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Débito	Valor
10/07/19	02/08/19	125,13

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débito anterior e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também aplicar cobrança conforme os critérios definidos no Art. 9º da Lei 10.438/02. Podem ocorrer após do corte, bem como inclusão nos registros de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18540999	AGO 19	236
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32870200	JUL 19	231
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,45360006	JUN 19	249
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,61817080	MAY 19	241
		ABR 19	230
		MAR 19	269
		FEV 19	329
		JAN 19	280
		DEZ 18	241
		NOV 18	231
		OUT 18	237
		SET 18	244
		AGO 18	206

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	88,87
Transmissão	5,02
Distribuição (Cosern)	31,91
Encargos Setoriais	2,62
THS	27,81
Perdas de Energia	6,46
TOTAL	125,13

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
125,60	18,00	22,61	125,60	9,74	9,92	125,60	3,62	4,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	INTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

000000000000078655 CAT 02/07/2019 25.282,00 02/08/2019 25.548,00 30 1,6660 -9,00 256,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/09/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: drogaria, farmácia, loja de materiais de construção, etc. ou diretamente em nosso site: www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito em espécie.
Na data de emissão da Bandeira Amarela, o valor da tarifa é de R\$ 0,21835341 por kWh.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 46,13.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrada a multa de disponibilidade de ciclo em que ocorreu a suspensão.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MÉDIA ANUAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
Duração de hora sem Energia	MOSSORO I	0,00	4,93	6,81	15,82
Frequência de hora sem Energia		0,00	3,23	4,47	12,85
EMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	6,50	0,00
Duração de interrupção em dia crítico					Limite EMC: 12,22
EURO-Valor do Consumo de Energia					R\$ 46,13

Todos os dados são referentes ao período de 12 meses anteriores à data de emissão desta fatura.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

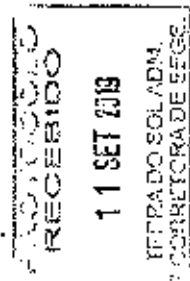
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000853475920	08/2019	150,35	09/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000010017 503500384000 853475920203 018195560631



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

energia.com.RFCCConversionServlet?redirefatura...



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, 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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 COAF².

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

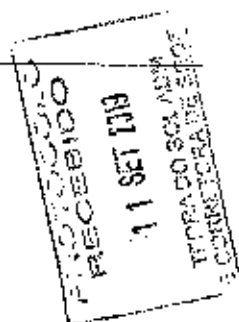
Pelo exposto, eu Antônia Vandelice Medeiros Brasil
Inscrito (a) no CIE/CNPJ 061.948.234 / 62 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Michele de Souza Bezerra Inscrito (a) no CPF sob o nº 052.202.974-80
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Michele de Souza Bezerra
inscrito (a) no CPF sob o nº 052.202.974-80, 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 a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Pedro Chaves</u>	Número:	<u>50</u>	Complemento:	<u>loja</u>
Bairro:	<u>Novo Betânia</u>	Cidade:	<u>Mossoró</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59607-130</u>
				Tel.(DDD):	<u>84-9931-7083</u>

Local: Mossoró Data: 21.05.19

Ar. Lúcia Vandelice Medeiros Brasil
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU Francisco Xavier da Costa Junior
 RG 002.955-019 DATA DA EMISSÃO 10/03/2016
 ORGÃO 1º EP R/N PORTADOR DO CPF 032.373.454-35 COM
 DOMICÍLIO NA CIDADE DE Mossoro NO ESTADO DE RN
 ONDE RESIDO NA (RUA, AVENIDA, ESTRADA) Leonizio Rodrigues
Fernandes F.º Nº 497

DECLARO SOB AS APENAS DA LEI, QUE O VEÍCULO ABAIXO MENCIONADO É (ERA) DE MINHA
 PROPRIEDADE NA DATA DO ACIDENTE OCORRIDO COM A

VÍTIMA Michele de Souza Bezerra Ferreira CLHO O CONDUTOR
 ERA michele de Souza Bezerra Ferreira

VEÍCULO Motocicleta

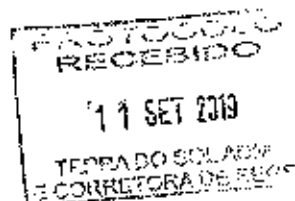
MODELO Montaca 125 Fan KS

ANO 2009

PLACA NLP 7618

CHASSI 9c2jc4j30ar507668

DATA DO ACIDENTE 07.01.2019



Francisco Xavier da Costa Junior

ASSINATURA DO DECLARANTE

Michele de Souza Bezerra Ferreira

ASSINATURA DO CONDUTOR (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Edmar Vieira de Almeida
 Tábua
 Elidimar de Moura Vieira
 Erika de Moura Vieira
 Jaelson Almeida
 1º Oficial de Nota
 Representado por Francisco Xavier da Costa Junior
 DOU M. EM 18/03/2019 às 12:00:07
 12076-0000041-114091-15-2-03 PORCH-RE 0.00 FOLHA 00185-RE 0.00
 JAYSON ALMEIDA - TABELÃO SUBSTITUTO
 Válido somente com selo de autenticidade

Edmar Vieira de Almeida
 Tábua
 Elidimar de Moura Vieira
 Erika de Moura Vieira
 Jaelson Almeida
 1º Oficial de Nota
 Representado por MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA
 DOU M. EM 18/03/2019 às 15:03:26
 12076-0000041-114091-15-2-03 PORCH-RE 0.00 FOLHA 00185-RE 0.00
 ELIDIMAR DE MOURA VIEIRA - TABELÃO SUBSTITUTO
 Válido somente com selo de autenticidade



CIRURGIA GERAL - VERDE

Print: 205446

Paciente: 31152 - NICHELE DE SOUZA BEZERRA (35 a 8 m 7 d)

Nascimento: 30/04/1973

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

INS: 7047045180233/0

CPF: 05220292480

Prof:

Mãe: ARLETE DE SOUZA BEZERRA

Pai: ELISEU JERONIMO DE SOUSA

Endereço: FRANCISCO MOTA, 497

CEP: 59625395

Bairro: PRESIDENTE COSTA E SILVA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.98714151/0 84.987141599

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Obs:

Classificação:

PESO:

07/01/2019 13:29:53

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA EM PERNA ESQUERDA.

Hora: _____

Paciente trazida para de pronto socorro após queda de moto. Estava de capacete. Negar perda de consciência e vômitos.

A: VA pérvia; SC cervical negativa.

B: MM + bilobulada.

C: Hemodinâmica estável.

D: ECG = 15.

E: edema + escoriações em joelho E.

Col.: - Razo X de perna e coxa E

- ALTA DA CIRURGIA GERAL

- Aos cuidados da enfermaria



Diagn. Inicial:

Dr. Antônio Teixeira Neto
Cirurgia Plástica
CRM-RN 02281

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 18/01/2019

Dr. Antônio Teixeira Neto

SAME/ARQUIVO

Impr. 12/01/2019

303010019

TOE.3

() Declínio médico - () Transferido - () Evasão - () Óbito - () Interna: (Preencher CID, PRODC e assinar)

CID

Proc.

Data:

/

/19.

Hr:

:

Médico

(assinhar)



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MICHELE DE SOUZA BEZERRA** (Fia: 124/2019), CPF: 05220292480.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 07 de Janeiro de 2019.

Marcos de Lourdes de Paula

Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 18/01/19

Marcos de Lourdes de Paula
SAME/ARQUIVO

18/01 - 150 545-0

Sistema Ministério

SUS único de da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MICHELE DE SOUZA BEZERRA (8 - 124/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

205446

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704704518023340

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/04/1983

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ARLETE DE SOUZA BEZERRA

DDD

84

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

987141599

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MICHELE DE SOUZA BEZERRA

DDD

84

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

987141599

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

FRANCISCO MOTA, 497 - PRESIDENTE COSTA E SILVA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59625395

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Principais sinais e sintomas clínicos
fraturas múltiplas de um membro inferior
com dor intensa

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Condicionamento físico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex. físico e de

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10

PRINCIPAL

T02.3

25 - CID 10

SECUNDÁRIO

26 - CID 10

CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

308010019

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/01/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO CTP

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

46 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

47 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO(A) AUTORIZADOR

LIGINEY LIMA DE OLIVEIRA

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835585

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

07/01/2019

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DO CTP

53 - Nº DO CTP

54 - Nº DO CTP

55 - Nº DO CTP

56 - Nº DO CTP

57 - Nº DO CTP

58 - Nº DO CTP

59 - Nº DO CTP

60 - Nº DO CTP

61 - Nº DO CTP

62 - Nº DO CTP

63 - Nº DO CTP

64 - Nº DO CTP

65 - Nº DO CTP

66 - Nº DO CTP

67 - Nº DO CTP

68 - Nº DO CTP

69 - Nº DO CTP

70 - Nº DO CTP

71 - Nº DO CTP

72 - Nº DO CTP

73 - Nº DO CTP

74 - Nº DO CTP

75 - Nº DO CTP

76 - Nº DO CTP

77 - Nº DO CTP

78 - Nº DO CTP

79 - Nº DO CTP

80 - Nº DO CTP

81 - Nº DO CTP

82 - Nº DO CTP

83 - Nº DO CTP

84 - Nº DO CTP

85 - Nº DO CTP

86 - Nº DO CTP

87 - Nº DO CTP

88 - Nº DO CTP

89 - Nº DO CTP

90 - Nº DO CTP

91 - Nº DO CTP

92 - Nº DO CTP

93 - Nº DO CTP

94 - Nº DO CTP

95 - Nº DO CTP

96 - Nº DO CTP

97 - Nº DO CTP

98 - Nº DO CTP

99 - Nº DO CTP

100 - Nº DO CTP

Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 18.02.19
Maurício R. de A. Lima
SAME/ARQUIVO
150.243-0

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 124 /2019

Prontuário: 205446

Paciente: 31102 - MICHELE DE SOUZA BEZERRA

Cartão SUS: 704704518023340

Idade: 35 anos 8 meses 7 dias

Sexo: M

CPF: 05220292480

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 30/04/1983

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ARLETE DE SOUZA BEZERRA

Nome do pai: ELISEU JERONIMO DE SOUSA

Rua/Av: FRANCISCO MOTA

Complemento:

Nº: 497

Bairro: PRESIDENTE COSTA E
SILVA

CEP: 59625395

Telefone: 84 987141599 84 987141599

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: MICHELE DE SOUZA BEZERRA -

Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Cidade: MOSSORO

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 216. 01

Admissão: 07/01/2019 14:50:22 Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: T02.3 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MULTIPLAS DE UM MEMBRO
INFERIOR
308010019 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 17/01/19
SAME/ARQUIVO
17.01.2019-6

MOSSORO, 07 de Janeiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Michael de Souza Bezerra Reg Nº 20.54.46

Diagnóstico pré-operatório: Ex. plastrão tibial esquerdo

Indicação terapêutica: Ex. do plastrão tibial (estabilização) articular

INTERVENÇÃO

Início: 14h Fim: 16h Duração: 2h

Operador: Dr. Propício Jabo

1ª Auxiliar: Dr. Antônio Pinheiro

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador: Dr. João Neto

Anestesiologista:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 15.03.19

Dr. Manoel Pinheiro

SAME ARQUIVO

maiz - 15.03.19

INTERVENÇÃO

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

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

Ex. do plastrão tibial esquerdo
AAS + AK

Instalação fixador externo para artrose
plastrão tibial esquerdo 22 e tração mecânica
Curativo

Resposta OK
Medicação via dependência externa

Dr. Manoel Pinheiro
Dr. João Neto

20040518.0240

17-03271

0040

RN

Michael, da Silva, Souza, 1979



MICHELLE MENDONÇA BRUNO

PRACON... FUSAO JUDICIAL DO BRASIL

VALETE DE BOFIMA BRUNO

PAROQUIA... SOUZA

VERO... BRUNO

BRUNO... BRUNO

BRUNO... BRUNO

BRUNO... BRUNO

BRUNO... BRUNO

BRUNO... BRUNO

BRUNO... BRUNO

BRUNO... BRUNO

LOCAL... BRUNO

Handwritten signature

Handwritten text and stamp, possibly a date or signature.

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 052.202.924-80

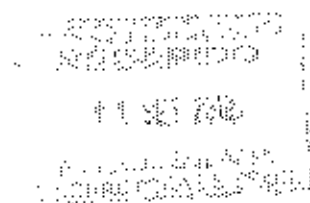
Nome: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data de Nascimento: 30/04/1983

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 30/01/2002

Dígito Verificador: 00



Comprovante emitido às: 15:30:38 do dia 11/09/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 052A.2C9E.F97E.A3E7



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Serviços/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela INIRF nº 1.548, de 13/09/2015.)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 002.301.122

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS
BRASIL

JOSE LEITE BRASIL

MARIA DE FATIMA MEDEIROS

DATA DE NASCIMENTO 31/08/1978

PAU DOS FERROS RN

DATA DE NASCIMENTO LA-30 F-134 RG-003050

PAU DOS FERROS RN

02 CARTÃO

CPF 211100

Ass. Carlos Silva

LEITANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PLACIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIRETO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

061.948.234-61

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

31/08/1978

PAGAMENTO RECEBIDO

11 SET 2009

TETRAPO SOL ADM

E CORRETORA DE SEGS

RECEBIDO
11 SET 2019
TERRA DO SOL ALM.
CORRETORA DE SEGS

2102-401

2004-03-22-0

17-03-27-1

1040

RM

Alber. da Sergio Bujana



07/09/2019 11:11

Comprovante de Situação Cadastral - CPF

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 052.202.924-80

Nome: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data de Nascimento: 30/04/1983

Situação Cadastral: REGULAR

RECEITA
FEDERAL
11/05/2019
11:11:11
CPF: 052.202.924-80
NOME: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

REGISTRO 002.301.234

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE NASCIMENTO 31/08/1978

CPF 211100

ANTONIA VÂNDELICE MEDEIROS

FILIAÇÃO BRASIL

JOSE LEITE BRASIL

MARIA DE FATIMA MEDEIROS

PAU DOS FERROS RN

LA-30 F-134 RG-003050

Q2 CARTURIO

ASSINATURA

JOSE LEITE BRASIL

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013703118392

VIA 1
COD. RENAVAM 00165308486
RUBRICADO 00000000000000000000
EXERCÍCIO 2018

FRANCISCO ANTÔNIO DA SILVA JÚNIOR

012.171.464-35
PLACA ROP 7618
NORTRON/CE
9CZ0C4110AR507668

PASSEIPEL MOTOR: HONDA/CG 125 FAN KS
COMBUSTÍVEL GASOLINA
ANO FAB 2009 ANO LIC 2010

CCY/184 C LENDRADAS
PARTICULAR
COR PREDOMINANTE VERMELHA
VENO COTA UNICA 05/05/2018
VENO COTAS 1º PAGO

PREMIO TARIFARIO TAXAS
DETRAN: PAGO
DETRAN: PAGO
DATA DE PAGAMENTO 27/06/2018

MOTOR: 0C4110AR507668

MOSBORDO/RN
27/06/2018
Helder Bezerra da Silva
Superintendente do Registro de Veículos

SEGURO COM GATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
ANEXO DO CONTRATO DE SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
RUBRICADO DO CONTRATO DE SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO

RN Nº 013703118392 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2018
DATA EMISSÃO 27/06/2018
012.171.464-35
PLACA ROP 7618

RENAVAM 00165308486
HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB 2009
9CZ0C4110AR507668

PREMIO TARIFARIO
FIA (R\$)
DETRAN (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
COTA UNICA
PAGAMENTO
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.600/0001-04
2017



Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida em 14/03/2019, às 14:04:02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Saneamento do Rio Grande do Norte
 Rua Manoel, 155, Bairro: Nova, São Carlos do Rio - CEP: 59052-300
 CNPJ: 06.924.468/0001-81 | Ins. Est. 2006199-8 | www.cosernrn.com.br

ENDEREÇO DO CLIENTE

CLAUDIO COUTO DA COSTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO CHAVES 1 SN

CPF: 877.249.894

NOVA BETANMANEA URBANA
 MOSSORO RN
 59003-150

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RENDICIONA

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	PERÍODO DE FATURAMENTO
02/11/2018	14/03/2019	03/2019
CONSUMO	DEBÍTO	VALOR A PAGAR
2809700	30022,00	544,87

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	PERÍODO DE FATURAMENTO
05/02/2019	03/2019	03/2019
CONSUMO	DEBÍTO	VALOR A PAGAR
05/04/2019	24/04/2019	123,20

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo 2809700	101,000000	0,0370053	102,57
Contrib. Imp. PIS/Pat.			0,28
Contribuição de Unidade Consumidora			7,83
Multa por atraso - NF 01728854 - 20/12/18			0,39
Multa por atraso - NF 01728854 - 20/12/18			1,23
Juros por atraso - NF 01728854 - 20/12/18			0,16
Juros por atraso - NF 01728854 - 20/12/18			1,27
Atualização IGP-M - NF 01728854 - 20/12/18			0,14
Atualização IGP-M - NF 01728854 - 20/12/18			0,83



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

FIA: 124

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 36884 /2019

Admissão: 07/01/2019 13:38:21

CIRURGIA GERAL - VERDE

Pront: 205446

Paciente: 31152 - NICHÉLE DE SOUZA BEZERRA (35 a 8 m 7 d)

Nascimento: 30/04/1983

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

INS: 7047045180233/0

CPF: 05220292480

Prof:

Mãe: ARLETE DE SOUZA BEZERRA

Pai: ELISEU JERONIMO DE SOUSA

Endereço: FRANCISCO MOTA, 497

CEP: 59625395

Bairro: PRESIDENTE COSTA E SILVA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.98714159 / 84.987141599

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:

Classificação:

PESO:

07/01/2019 13:29:53

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA EM PERNA ESQUERDA.

Hora: ____

Paciente trazida para de prontidão após queda de moto. História de captação.
Negar perda de consciência e vômitos.

A: VA pérvia; SCV normal.

B: MM + bilaterais.

C: Hemodinâmica e consciente estável.

Prontuário: **205446**



**SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE PÚBLICA DO
RN**

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MICHELE DE SOUZA . BEZERRA** (Fia: 124/2019), CPF: 05220292480.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos.

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 124 /2019

Prontuário: 205446

Paciente: 31102 - MICHELE DE SOUZA BEZERRA

Cartão SUS: 704704518023340

Idade: 35 anos 8 meses 7 dias

Sexo: M

CPF: 05220292480

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 30/04/1983

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ARLETE DE SOUZA BEZERRA

Nome do pai: ELISEU JERONIMO DE SOUSA

Rua/Av: FRANCISCO MOTA

Complemento:

Nº: 497

Bairro: PRESIDENTE COSTA E
SILVA

CEP: 59625390

Telefone: 84 987141599 84 987141599

Cidade: MOSSORO

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: MICHELE DE SOUZA BEZERRA -

Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 216. 01

Admissão: 07/01/2019 14:50:22

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

T02.3 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO

INFERIOR

308010019 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome

Michael de Souza Dwyer

Reg Nº *20.54.46*

Diagnóstico pré-operatório:

Ex. Placenta prévia baixa R

Indicação terapêutica:

Ex. Ex. placenta prévia (estabilização) Amniocentese

INTERVENÇÃO

Início:

Fim:

Duração:

Operador

D. Rodrigo Jales

1ª Auxiliar:

D. Tatiana Brito

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:



FIA: 124

Admissão: 07/01/2018 13:36:21

ATO DECLARATORIO

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 31152

Nascimento: 30/04/1983
CNS: 30470

CNS: 704704518023340
Maa: APLETT

Mae: ARLETE DE SOUZA BEZERRA
Logradouro: FRANCISCO

CEP: 58625395

Telephone: 84.987.141599 84

Natural: MOSSORO, BRASIL

CPF: 05220292480

Bairro: PRESIDENTE COSTA E SILVA

Prof: _____
 Pai: ELISEU JERONIMO DE SOUSA

Sexo: M Cor. PARDA

Cidade: MOSSORO.

Motivo: alegado pelo paciente: COLISAO - MOTOQUEIRO

OBS.

Tipo. REGULADO

*Empresa:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

Classificação: 07/01/2019 13:29:53

PESO:

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Idade:

Queixas: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA EM PERNA ESQUERDA
 História - Exame físico

Paciente trazida fora de protocolo após queda de estado. Estava de cabeça
baixa por causa de convulsão e vômitos.

1. VA positiva; σ^2 menor
 2. σ^2 + bato de relutância
 Hemodinâmica recente estável
 ECG = 15

Col. - Para X de perna e coxa E
- ALTA DA CIRURGIA GERAL
- Aos unidades da enfermaria

PROTÓCOLO
RECEBIDO
11 SET 2010
TITULO DO SOLADOM
E COITRETORA DE SEGS.

Initial:

Dr. Antonio Ferreira Neto
Cirurgia Plástica
CRM - SP 4228

PRESCRIÇÃO:

VIA	HORÁRIO	ASSINT.
-----	---------	---------

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SOME FOSFORO 1210 129
SOME FOSFORO 1210 129
SOME FOSFORO 1210 129

Proc. ☐ Transferido - ☐ Evasão - ☐ Óbito - ☒ Interna: (Preencher CID, PROC e assinar)
Data: / / 19. Hr: : Médico:

COPIA IMPRESSA em 07 de Janeiro de 2019

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA NERMOZ, 150, BILDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora dos 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

MICHELE DE SOUZA BINDER FERREIRA

CPF: 052.202.924-80 RG: 20040718220

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LEONILZA RODRIGUES FERNANDES 497

PRATO/ÁREA URBANA
59825-518 MOSSORO 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

09/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

150,35

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

02/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

027976314

Série: LI

CONTA CONTRATO

000853475920

Nº DO CLIENTE

3000865315

Nº DA INSTALAÇÃO

0000561819

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

178C.CDA3.79F5.C606.2385.FAAG.FF03.79E7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,21635341	6,49
Consumo Ativo superior a 30 até 105 kWh	70,00	0,37069137	25,96
Consumo Ativo superior a 105 até 220 kWh	120,00	0,55633725	66,76
Consumo Ativo superior a 220 kWh	36,00	0,61815262	22,26
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,64
Contrib. Irm. Pública Municipal			11,73
ICMS-Parcela Subvenção IdA			9,22
Multa por atraso-NF 024901571 - 03/05/19			2,43
Juros por atraso-NF 024901571 - 03/05/19			

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Base	Valor
10/07/19	02/08/19	128,13

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 9º RES 414/2010. Podem ocorrer após do consumo, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh: 0,18040999	AGO 19
Consumo Ativo superior a 30 até 105 kWh: 0,32070280	JUL 19
Consumo Ativo superior a 105 até 220 kWh: 0,45320096	JUN 19
Consumo Ativo superior a 220 kWh: 0,48117080	MAY 19
	ABR 19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **059-202-924-80** Nome completo da vítima: **Michelle de Souza Bezerra**

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

Nome completo: **Michelle de Souza Bezerra** CPF: **059-202-924-80**

Profissão: **Do lar** Endereço: **Rua Leonizia Rodrigues Fernandes** Número: **497** Complemento: **lata**

Bairro: **Pintos** Cidade: **Moxoro** Estado: **RN** CEP: **59625-538**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **841 9933-7083**

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

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (101) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0566** CONTA: **00085269** **1**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Moxoro 23-04-2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Michelle de Souza Bezerra

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008660/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/03/2019 11:18 Data/Hora Fim: 29/03/2019 12:00
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 07/01/2019 12:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Logradouro: Avenida Francisco Mota

Complemento: EM FRENTE AO RESTAURANTE TENDA

Ponto de Referência: EM FRENTE AO RESTAURANTE TENDA

Tipo do Local: Em veículo

Bairro: Presidente Costa e
Nº: 511

Natureza

1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MICHELE DE SOUSA BEZERRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Feminino

Nasc: 30/04/1983

Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Solteira(a)

Nome da Mãe: Ariete de Sousa Bezerra

Nome do Pai: Elísau Geronimo de Sousa

Documento(s)

CPI - Cadastro de Pessoas Físicas: 052.202.924-80

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: AVENIDA FRANCISCO MOTA

Bairro: COSTA E SILVA

Telefone: (84) 96714-1599 (Celular)

Nº: 497

PROTÓCOLO
RECEBIDO

11 SET 2019

TERMO DO SOLADO
E CONHECIMENTO DE FATO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário: 012.171.454-35

Renavam: 60165308486

Número do Chassi: 9C2JC4110AR507668

Cor: VERMELHA

Município Veículo: Mossoró

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Quantidade: 1 Unidade

Última Atualização Dehtatran: 27/06/2018

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NQP7818

Número do Motor: JC41E1A507668

Ano/Modelo Fabricação: 2010/2009

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Veículo Adulterado? Não

Situação: Envolvido

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido

Michèle de Sousa Bezerra

Envolvimentos

Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impressão por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 29/03/2019 12:00

Página 1 de 2

Rogério de Carvalho Brito Castro
Agente de Polícia Civil
Mat. 134.380-2

Michele de Sousa Bezerra



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008660/2019

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO A REFERIDA MOTO NO LOCAL E DATA DESCRITO QUANDO UM OUTRO UMA OUTRA MOTO FEZ UMA MANOBRÀ A SUA FRETE E VEIO A COLIDIR NA SUA MOTO, VINDO A COMUNICANTE/VITIMA A CAIR AO CHÃO SOFRENDO LESÕES PELO CORPO. A COMUNICANTE RELATA QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE A LEVARAM AO HRTM EM MOSSORÓ. A COMUNICANTE RELATA QUE VINHO SÓ NA REFERIDA MOTO NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

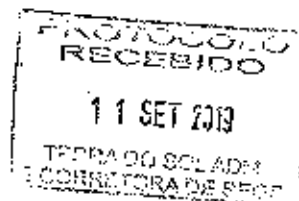
Rogério de Carvalho Brito Castro
Responsável pelo Boletim

Rogério de Carvalho Brito
Agente de Polícia Civil

Micheto de Sousa Bezerra

(Vítima / Comunicante)

"Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e corretas, sob pena de responder civil e criminalmente pela presença declarada e em caso de falsidade, de acordo com o artigo 340 do Código Penal Brasileiro." Data: 15/09/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	059-202.924-80	Michele de Souza Bezerra	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Michele de Souza Bezerra		059-202.924-80	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
do lar	Rua: Leonizia Rodrigues	497	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Pintos	Monoro	RN	59625-538
E-mail:	Tel. (DDD):		
	84 9933-7083		

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 00085269 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação e comprovação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se disponível)
 Local e Data, Monoro 31-04-2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Michele de Souza Bezerra
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CONTROLE: 056010080438

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

NÚMERO DO ENVELOPE: JEP490862ADM

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 6800-726 0101

Ouvridoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527740

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

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

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527740

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 000000085269-1

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



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: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000085269-1

Nr. da Autenticação CE9578FD78B0276A

OUTORGA

OUTERGAD

Local e Data

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

[illegible]

RECEIVED
11 SET 73
F. L. O. O. C. L. A. M.
BUREAU DE SEGE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315416/19

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

CPF: 052.202.924-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL : 061.948.234-61

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

MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA : 052.202.924-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL
CPF: 061.948.234-61

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527740 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- PAG 6) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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, sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

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/RIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 COAF².

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

Pelo exposto, eu

Antonia Vandeirice Medeiros Brasil

Inscrito (a) no CUIF/CNPJ 061.948.234 / 62

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Nichele de Souza Bezerra

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.202.934-80

do sinistro de DPVAT cobertura

INVALIDEZ

da vítima

Nichele de Souza Bezerra

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.202.934-80

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU Francisco Xavier da Costa Junior

RG 002.255-019 DATA DA EMISSÃO 10/03/2016

ORGÃO DEP R/N PORTADOR DO CPF 032.373.454-35 COM

DOMICÍLIO NA CIDADE DE Mossoro NO ESTADO DE R/N

ONDE RESIDO NA (RUA, AVENIDA, ESTRADA) Leonizio Rodrigues
Fernandes F.º 497

DECLARO SOB AS APENAS DA LEI, QUE O VEÍCULO ABAIXO MENCIONADO É (ÉRA) DE MINHA
PROPRIEDADE NA DATA DO ACIDENTE OCORRIDO COM A

VÍTIMA Micheli de Souza Bezerra ^{fêmea} CLIO O CONDUTOR
ERA Micheli de Souza Bezerra ^{fêmea}

VEÍCULO Motocicleta

MODELO Honda CG 125 Fan KS

ANO 2009

PLACA NLP 7618

12/03/2016

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Michelle de Souza Bezerra Ferreira, brasileiro(a),
 estado civil: Divorciada, Profissão: Do Lar, Data do Acidente: 07.01.2019
 Cobertura: VALIDAR, portador(a) do RG 2005398, órgão expedidor
SSP-RN do CPF: _____, residente no(a)
Leonizio Rodrigues Fernandes, nº 497
 bairro: Pinhal, município: Mossoro, RN

OUTORGADO(A):

Nome: Antônia Vandelize Medeiros Brasil, brasileiro(a)
 estado civil: casada, Profissão: Recusou, portador(a) do RG
002.501.626, órgão expedidor ITERN e do CPF: 061.948.234-61, residente
 no(a) Adriano Chaves, nº 52
 bairro: Nova Belém, município: Mossoro, RN

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

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

Mossoro RN 21.05.19
 Local e Data

1º OFÍCIO

Michelle de Souza Bezerra Ferreira
 Assinatura do Outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



Elidimar de Moura Vieira
 Assinatura do Outorgado
 (Reconhecer firma por autenticidade)
 MICHELLE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA
 ELIDIMAR DE MOURA VIEIRA - TABELA SUBSTITU
 Valido e reconhecido por este Tabelião

RECEBIDO
 11 SET 2019
 1º OFÍCIO
 Mossoro RN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315416/19

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

CPF: 052.202.924-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: MICHELE DE SOUZA
BEZERRA FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL : 061.948.234-61

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

MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA : 052.202.924-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL
CPF: 061.948.234-61

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527740

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 000000085269-1

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



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527740

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

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

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 059-202.924-80 Nome completo da vítima: Michelle de Souza Bezerra
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Michelle de Souza Bezerra CEP: 059-202-924-80
 Profissão: Do lar Endereço: Rua Leonizia Rodrigues Figueiredo Número: 497 Complemento: SARA
 Bairro: Pinheiros Cidade: MOMORO Estado: RN CEP: 59625-538
 E-mail: _____ Tel. (DDD): 8419933-7083

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ ACIMA DE R\$15.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0560 CONTA: 00085269 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Expressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável): _____ Local e Data: MOMORO 13-04-2019
 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Michelle de Souza Bezerra
 Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

AUTO-ATENDIMENTO - AG MOSSORO RN
DATA: 10/09/2019 HORA: 13:19:05
TERMINAL: 05601003 CONTROLE: 056010030438

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0500 013.00005209-1
NOME: MICHELE DE SOUZA B FERREIRA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: R\$ 1.000,00
TELEFONE DEPOSITANTE: 0500 013.00005209-1
NÚMERO DO ENVELOPE: 013.00005209-1

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008660/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/03/2019 11:18 Data/Hora Fim: 29/03/2019 12:00
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 07/01/2019 12:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Avenida Francisco Mota
Complemento: EM FRENTE AO RESTAURANTE TENDA
Ponto de Referência: EM FRENTE AO RESTAURANTE TENDA
Tipo do Local: Em veículo

Bairro: Presidente Costa e
Nº: 511

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MICHELE DE SOUSA BEZERRA (VITIMA - COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Feminino Nasc: 30/04/1983
Profissão: Empregada Doméstica
Estado Civil: Solteira
Nome da Mãe: Ariete de Sousa Bezerra Nome do Pai: Elisau Geronimo de Sousa

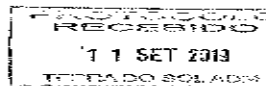
Documento(s)

CPF: Cadastro de Pessoas Físicas: 052.202.924-80

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: AVENIDA FRANCISCO MOTA
Bairro: COSTA E SILVA
Telefone: (84) 36714-1599 (Celular)

Nº: 437



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário: 012.171.454-35
Renavam: 50165308486
Número do Chassi: 9C2JC4110AR507668
Cor: VERMELHA
Município Veículo: Mossoró
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Quantidade: 1 Unidade
Última Atualização Denatran: 27/06/2018

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: NQP7318
Número do Motor: JC41E1A507668
Ano/Modelo Fabricação: 2010/2009
UF Veículo: Rio Grande do Norte
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado?: Não
Situação: Envolvido
Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido

Michele de Sousa Bezerra

Envolvimentos

Possuidor

123456789

Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 29/03/2019 12:00

Página 1 de 2

Rogério de Carvalho Brito
Agente de Polícia Civil
Mat. 858.350-2

Michele de Sousa Bezerra



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008660/2019

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO A REFERIDA MOTO NO LOCAL E
DATA DESCRITO QUANDO UM OUTRO UMA OUTRA MOTO FEZ UMA MANOBRAS A SUA FRETE E VEIO A COLIDIR NA
SUA MOTO, VINDO A COMUNICANTE/VITIMA A CAIR AO CHÃO SÓFRENDO LESÕES PELO CORPO. A
COMUNICANTE RELATA QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE A LEVARAM AO HRTM EM MOSSORÓ. A
COMUNICANTE RELATA QUE VINHO SÓ NA REFERIDA MOTO NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

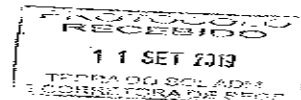
Rogério de Carvalho Brito Castro

Delegado de Polícia Civil

Michete de Sousa Bezerra

(Vítima / Comunicante)

Declaro que sou o titular das informações aqui apresentadas e assumo a responsabilidade por elas. Se não for o titular, declaro que sou o responsável por elas e assumo a responsabilidade por elas. Se não for o titular, declaro que sou o responsável por elas e assumo a responsabilidade por elas. Se não for o titular, declaro que sou o responsável por elas e assumo a responsabilidade por elas.



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edson do Queiroz
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 29/03/2019 12:00

Página 2 de 2

BR - Mossoró - Polícia Civil - 1º Distrito

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE	
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima: 059.902.924-80 Nome completo da vítima: Michele de Souza Bezerra	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		CPF: 059.902.924-80	
Nome completo: Michele de Souza Bezerra		Número: 497 Complemento: 2292	
Profissão: Do lar		Estado: RJ CEP: 51625-538	
Bairro: Pintos		Cidade: MARRÃO Tel (DDD): 241 9433-7083	
E-mail:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 0560		CONTA: 00085269 1	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para validação da perícia e identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa discordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não			
Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os 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.			
TESTEMUNHAS			
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____	
Local e Data, MARRÃO 11-04-2019		2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____	
Nome: _____ CPF: _____			
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)	
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.			

