



Tarifa Social de Energia Eléctrica: Criada pela Lei 10.430, de 16/04/2002

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Avenida Mariz, 150, Santa Natal - RN, CEP 58095-250
CNPJ 00.324.189/0001-41 | Insc. Est. 25035758-0 | www.cerri.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA FÉLIX DE FREITAS

Cl F 150.58 0.064-72

CLASSIFICACAO
S1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Montes de

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO GUERREIRO, 31

SELO HORIZONTE/AREA URBANA
MOSSORO RN
59805-370

7005573454

12/20/9

20/12/2019

13/01/2020

304

Consumption of *Aspergillus*

Acréscimo Bandeira AMARELA

Acrescido Bandeira VERMELHA

Centro Num. Pública Municipal

Muka por alaso NF 032911078-120117.0

Multa por atraso: R\$ 0,312 em 660 - 11/10/19

Jardín por detrás. NF 031396880. 27/10/18

Unidad por abono: \$432911075- 12011019

Abusitz, 30.12.1971 M-NF 001337830 - 11/10/1

032911078. 12/1/11

74471040F

344 019177

PREP® (R4)

0.7368720

VALDZITS

351.40

TOTAL DA FATURA

304.31

NUM DO RECEBIVO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		INÍCIO DO DIA	CONSTATANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
ESTADO	CA1	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
5		12-11-2019	18.510,00	12-12-2019	96.834,00	00	30	1,00000	344,00

[illegible]

05FD D128 F7B2.8H35 CBC? D591.ECBE 73AC

[illegible]



Tarifa Social de Energía Eléctrica: Circular 14 de 10.438, de 26/04/2010.

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Moraes, 750, Bônus, Natal - RN. CEP 54025-350
CNPJ 08.324.198/0001-01 | Ins. Est. 20065199-0 | www.cerri.com.br

DATE OF CLEAR

FRANCISCA PEREIRA DE FREITAS

CPF: 150.531 054-72

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL AL
RESIDENCIAL
Monofase

BYDERISCO DA UNIDADE DE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO BERNARDINI 34

BEI O HORIZONTE/ARCA URBANA
MOSSORO RN
98505-370

700857345

Price

20/12/2019

13/01/2020

304

Consumo Água (m³/h)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Adesão Banda AMARELA	344,0330000	0,72046726	251,4
Adesão Banda VERMELHA			2,88
Contro. Ilum. Pública Municipal			12,40
Multa por atraso NF 032811078 - 12/11/18			22,12
Multa por atraso NF 031281660 - 11/10/18			5,03
Juros por atraso NF 031281660 - 11/10/18			5,03
Juros por atraso NF 032811078 - 12/11/18			24,11
Análise de água NF 032811078 - 12/11/18			1,26
Análise de água NF 032811078 - 12/11/18			1,26
			0,50

TOTAL DA FATURA

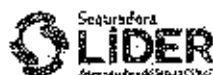
304.57

Nº DE MEDIDOR		TIPO DA FUNÇÃO		ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CONSTATANTE		AJUSTE		CONSUMO (KWH)	
				DATA	LEITURA	DATA	LEITURA						
478357			CAI	12-11-2008	85.500	12-12-2008	91.850	00	30		7.000		344

[illegible]

D5ED.D136 F7A2.D835 C0C2 D681 2EFE 7284

[illegible]



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais informações, 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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-2956 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 36

EU, Maria Aparecida de Freitas Queiroga
RG nº 920753, data de expedição 04/12/08
Órgão Itapir, CPF nº 785584434-72

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Francisco Bernardo</u>
Número	<u>34</u>
Apto/Complemento	<u>Copa</u>
Bairro	<u>Setor Horizonte</u>
Cidade	<u>Monte</u>
Estado	<u>R</u>
CEP	<u>59605-340</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Monte - R 23/03/20

Maria Aparecida de Freitas Queiroga

Assinatura do Declarante



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 013

Mossoró 13 de Janeiro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **ANTONIO MENDONÇA DE FREITAS, 69 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Bicicleta (Atropelamento)

Data da Ocorrência: 04/01/2020

Local da ocorrência: Rua: João Leite, Boa Vista próximo a Socel e Colégio Manoel Assis.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida-02

Hora do Chamado: 13h 00min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Carlos Augusto Lopes Figueiredo, 44 anos**, portador de **RG: 1.718.491.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA DO SAMU
MATRÍCULA 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
DIRETOR DO SAMU
MATRÍCULA 405418-2
CRM/RN 5997

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Forma (s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do único do ASL: 076 992 983 - 49 2 - Nome completo da vítima: Antonio Mendonça de Freitas

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 346/2012

5 - Nome completo: Antonio Mendonça de Freitas 6 - CPF: 076 992 983 - 49

7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Francisco Bernardo 9 - Número: 39 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Ilópolis 13 - Estado: MG 14 - CEP: 59605-370

15 - E-mail: Não possui 16 - Telefone: (84) 998 27 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: ☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.001,00 A 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 contas bancárias, não pode ser uma poupança) ☐ CONTA CORRENTE (Somente para contas bancárias)

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 87364 5 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização devida, de acordo com o 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 incapacitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, sob responsabilidade da Seguradora LIDER, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos (ou irmãos): ☐ 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 LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ambigüidade ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a requerente) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a requerente) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a requerente)

38 - 39 - 40 - Local e data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Promotor (se houver)

44 - Assinatura do Promotor (se houver)

45 - Assinatura do Promotor (se houver)

46 - Assinatura do Promotor (se houver)

47 - Assinatura do Promotor (se houver)

48 - Assinatura do Promotor (se houver)

49 - Assinatura do Promotor (se houver)

50 - Assinatura do Promotor (se houver)

51 - Assinatura do Promotor (se houver)

52 - Assinatura do Promotor (se houver)

53 - Assinatura do Promotor (se houver)

54 - Assinatura do Promotor (se houver)

55 - Assinatura do Promotor (se houver)

56 - Assinatura do Promotor (se houver)

57 - Assinatura do Promotor (se houver)

58 - Assinatura do Promotor (se houver)

59 - Assinatura do Promotor (se houver)

60 - Assinatura do Promotor (se houver)

61 - Assinatura do Promotor (se houver)

62 - Assinatura do Promotor (se houver)

63 - Assinatura do Promotor (se houver)

64 - Assinatura do Promotor (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005742/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2020 15:09 Data/Hora Fim: 16/01/2020 15:44
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 04/01/2020 13:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Boa Vista
Logradouro: RUA JOÃO LEITE
Complemento: PRÓXIMO A SOCEL E AO COLÉGIO MANOEL ASSIS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO MENDONÇA DE FREITAS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 18/08/1950 Idade: 69 anos
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Aposentado
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Mendonça de Freitas Nome do Pai: João Júlio de Freitas

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 076.992.983-49
RG - Carteira de Identidade: 423.829

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Rua Francisco Bernardo Nº: 34
Bairro: Boa vista
Telefone: (84) 98882-5042 (Celular)

Nome Civil: CONDUTOR DO VEÍCULO TIPO MOTOCICLETA, DE PLACA E CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS
(SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição veículo tipo motocicleta, de placa e características não observadas	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Condutor do Veículo Tipo Motocicleta, de Placa e Características Não Anotadas	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 005742/2020

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta Delegacia de Polícia para informar que no dia, local e horário supramencionados, pedalava sua bicicleta, no sentido centro/bairro, quando nas mediações do Escola Municipal Manoel Assis, o condutor do Veículo, tipo Motocicleta, de PLACAS e Características não observadas, que vinha logo atrás COLIDIU na traseira na sua bicicleta, vindo a perder o controle e cair no asfalto; QUE foi socorrido pela Samu/Mossoró-RN até o Hospital Regional Tarciso Maia-HRTM; QUE: ainda relata que devido a colisão, a vítima sofreu lesões descritas no PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO REGISTRO Nº239/2020 do HRTM, QUE: registra o BO para fins de seguro DPVAT. E nada mais disse

ASSINATURAS

Luiz Valdério de Sales Nobre

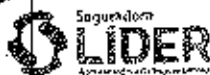
Agente de Polícia
Matrícula 170.249-1

Responsável pelo Atendimento

Antonio Mendonça de Freitas

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 333-Danunção Caluniosa e 360-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção de Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 076 992 983 - 49 3 - CPF da vítima: Antonio Mendonça de Freitas 4 - Nome completo da vítima: Antonio Mendonça de Freitas

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSET Nº 46/2012

5 - Nome completo: Antonio Mendonça de Freitas 6 - CPF: 076 992 983 - 49
7 - Profissão: Aprendizado 8 - Endereço: Rua Francisco Bernardo 9 - Número: 39 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Selo Horizonte 12 - Cidade: Momoro 13 - Estado: SP 14 - CEP: 59605-370
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel. (DDD): (84) 998 27 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: ☒ RECEBO INFORMAÇÃO ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 87364 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resgate 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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Cx) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou marido (ou esposa)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____ 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo) _____ 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo) _____ 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo) _____ 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____ 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____



AUTOATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN

DATA: 23/01/2020

HORA: 15:48:00

TERMINAL: 30641017

CONTROLE: 306410170450

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.00087164-5

NOME: ANTONIO MENDONÇA DE FREITAS

TIPO DE CONTA: 019 - POUANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~5000~~

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99900-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 657017531

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: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162182

Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000087164-5

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, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162182

Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

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

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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000087164-5

Nr. da Autenticação 609E65D3A2486DC4

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126324/20

Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

CPF: 076.992.983-49

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 04/01/2020

Titular do CPF: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA : 785.584.414-72

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

ANTONIO MENDONCA DE FREITAS : 076.992.983-49

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

Data da apresentação: 29/04/2020
Nome: MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA
CPF: 785.584.414-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Mendonça de Fritas, brasileiro(a),
estado civil: Casado, Profissão: Aposentado, Data do Acidente 04/01/2020
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 423.829, órgão expedidor
____ e do CPF: 078.992.983-49 residente no(a)
Rua: Francisco Bernardino nº 34
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Mario Aparecida de Fritas Oliveira, brasileiro(a)
estado civil: Autônomo, Profissão: Assist. Admin, portador(a) do RG
920 753, órgão expedidor _____ e do CPF: 785.584.414-72 residente
no(a) Rua: Francisco Bernardino nº 34
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró / 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 DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



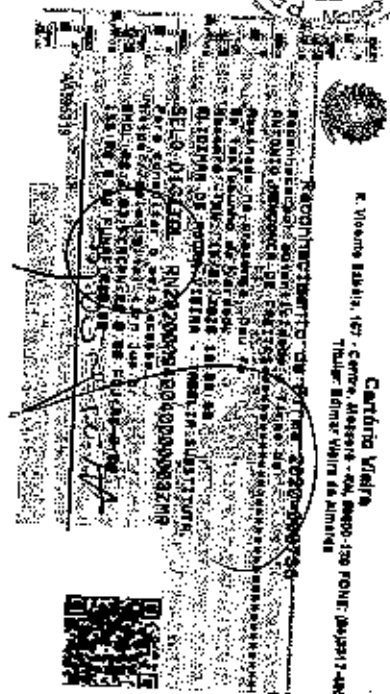
Mossoró - RN 23/03/20

Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200162182 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

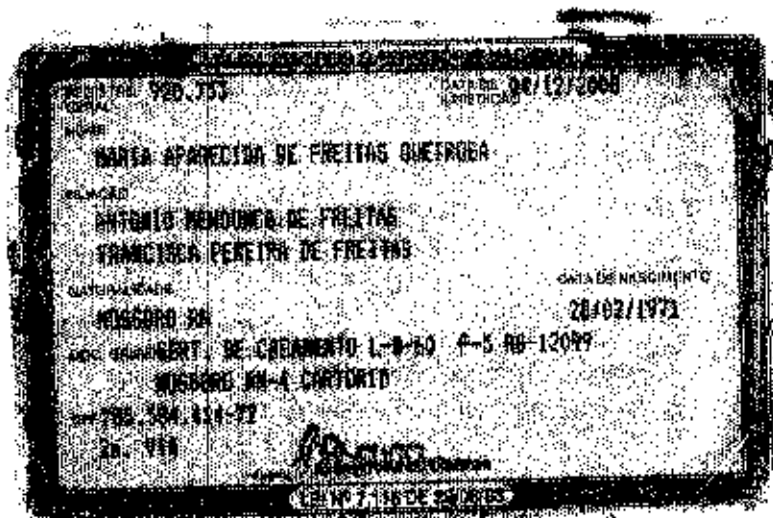
Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO - PÁGINA 01.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 6541 - ANTONIO MENDONÇA DE FREITAS (69 a 4 m 17 d)

Nascimento: 18/08/1950

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700008289864404

CPF: 07699298349

Prof:

Mãe: MARIA MENDONÇA DE FREITAS

Pai: JOAO JULIO DE FREITAS

Logradouro: FRANCISCO BERNARDO, 34

CEP: 59605460

Bairro: DOZE ANOS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988330835

Compl: CASA

Motivo: (alegado pelo paciente): COLISAO - CICLISTA

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:	
						04/01/2020 13:18:09			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXBICICLETA. TRAUMA DE OMBRO DIREITO. ECG:15

Hora:

PTB VÍTIMA DE COLISÃO BICICLETA X MOTO, COM
trauma no ombro (D)

EF: DEFORMIDADE na AAC, com boa RM
DO OMBRO.

Rx: LAC GAA S.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORARIO	ASSINT.
1	TIPOTA			
2	DIPLOMA de +ADIN		14:15	
3	NOTA com +ADIN		14:15	
4	RECETA			
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL DE MOSSORO 16/01/2020				
BIM				
SAME / ARQUIVO				

*SAÍDA: ☒ Decisão médica ☐ Transferido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Interna: (Preencher COC/PROC)

CID: S42.1 Proc.

Data: 04/01/2020 Hr: _____

Médico: _____

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 04 de Janeiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE**

Paciente: 6541 - ANTONIO MENDONCA DE FREITAS (69 a 4 m 17 d)

Nascimento: 18/08/1950

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700008289864404

CPF: 07699298349

Prof.

Mãe: MARIA MENDONÇA DE FREITAS

Pa: JOAO JULIO DE FREITAS

Logradouro: FRANCISCO BERNARDO, 34

CEP: 59605460

Bairro: DOZE ANOS

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.988330835

Compl: CASA

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - CICLISTA

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresas:

Obs:

Classificação:

PESO:

04/01/2020 13:18:09

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120/80								

HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VÍTIMA DE COLISÃO MOTOBICICLETA. TRAUMA DE OMBRO DIREITO, ECG:15

Hora: _____

Plata Vitima de Colisao Bicicleta moto, com
trilho no ombro (D).

EF DEFORMIDADE na AAC, Com Boa CD

Ans: LSC GAN S

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORARIO	ASSINT.
1	TIPO-1A	 Dr. Deslaurier - do P.O. 1000	14:15	
2	DIPLOMA de + ADIV		14:15	
3	INSTIT. LONG. + ADIV		14:15	
4	RECEITA			
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MATA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL DE MOSSORÓ 16/01/2020 B/MO SAME / ARQUIVO				

*SAIDA: ☒ Decisão médica ☐ Transferido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Interna: (Preencher CP e ROC

CID 543 Proc.

Data: 07.04.19. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 04 de Janeiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNOLÓGICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



01/10/2015

Antônio Mendes de Freitas

CARTÃO DE IDENTIDADE

17/10/15

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, EXCETO NAS

423.829

01/10/2015

ANTÔNIO MENDES DE FREITAS

JOÃO PAULO DE FREITAS

MARIA MENDES DE FREITAS

18/08/1950

18/08/1950

CERT. DE CASAMENTO D-014 F-240 DE-000
00000000-00-4 CARTORIO

472.992.983-44

2a. VJH



DE Nº 7.115 DE 26.08.03



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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-84-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-05 | Central Ovidor: 0800-021-91-39

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/PUBLICACAOINICIALASPECTIVO-16.CODIGO-79936>

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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO 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 9.633/98.

Pelo exposto, eu Maria Aparecida de Freitas Queiroga
inscrito (a) no CPF/CNPJ 785584434, 72 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Antonio Mendonça de Freitas inscrito (a) no CPF sob o nº 076992983, 49
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Mendonça de Freitas
inscrito (a) no CPF sob o nº 076992983, 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto a Seguradora LIDER-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 Francisco Bernardo</u>	Número:	<u>34</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Belo Horizonte</u>	Cidade:	<u>Morroio</u>	Estado:	<u>CEP: 59605-370</u>
E-mail:	<u>Não possui</u>			Tel. (DDD):	<u>(84) 99821-0066</u>

Local e Data:

Morroio - RS 23/03/2020

Maria Aparecida de Freitas Queiroga
Assinatura do Declarante