

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01468

CONTA: 000000018156-3

Autenticação:

55D1CCF251D14A60B56A7AD2E51837CE9BE48B3C0DD1EE7E078D548ADE7FEA7C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180579751 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA. COM RETRAÇÃO CICATRICAL, ATROFIA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS. SEM OUTRAS SEQUELAS

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180579751 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA. COM RETRAÇÃO CICATRICAL, ATROFIA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS. SEM OUTRAS SEQUELAS

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180579751 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO,
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA E DA FÍBULA (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180579751

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE ARIMATEIA DANTAS DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000001468

Conta: 0000018156-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

314.241.474-68 Francisco de Azeite Ribeiro

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

Nome completo:

Francisco de Azeite Ribeiro

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Jeremias de Rocha

Bairro:

Santo Antonio

Cidade:

Matozelo

E-mail:

Não Possui

CPF:

314.241.474-68

Número:

21

Complemento:

Edo

CEP:

59611-190

Tel.(DDD):

(84) 99827.0066

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 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:

Itaú

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(3)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

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.

Local e Data: Matozelo RN 06/09/18

Nome: Aruana da Costa Ribeiro

CPF: 012.730.874-03

x Aruana da Costa Ribeiro

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Jomana Borges de Souza

CPF: 031.346.244-38

x Jomana Borges de Souza

Assinatura

2ª Nome: Gideon Jackson Bezerra

CPF: 103.868.484-67

x Gideon Jackson Bezerra

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, ficando 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.

ARUANA SEGURADORA

10 DEZ 2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180579751
Nome do(a) Examinado(a): Francisco de Assis Ribeiro
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jeremias da Rocha, 21 Casa
Santo Antonio Mossoro RN CEP: 59611-190
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 003204149
Data local do acidente: [24/06/2018]
Data local do exame: [28/01/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA**

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

**Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADORES EXTERNOS DURANTE 20 DIAS. EVOLUIU COM INFECÇÃO, FOI REMOVIDO E FEITO NOVA CIRURGIA, OSTEOSSINTESE DA TÍBIA DIREITA COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, PSEUDOARTROSE E DESVIO DO EIXO DA TÍBIA.
Data da Alta: 24/08/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA. COM RETRAÇÃO CICATRICIAL, ATROFIA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS. SEM OUTRAS SEQUELAS

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM





Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018065000512

1.2 Data de Expedição: 06/08/2018 10:59:25

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODoviÁRIO - C/HOMEM

1.4 Liguou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 24/06/2018 18:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: RUA JEREMIA DA ROCHA

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE AO POSTO DE COMBUSTÍVEL

2.12 Bairro: SANTO ANTÔNIO

2.13 Cidade: MOSSORÓ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO NOBERTO DA SILVA

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 31424147468

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 02/11/1958

3.13 Profissão: LUBRIFICADOR

3.14 RG: 003204149 - SSP/RN

3.15 Telefone(s): 84 988715503

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 21

3.18 Nacionalidade: FORTALEZA/CE

3.19 Bairro: SANTO ANTÔNIO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA JEREMIAS DA ROCHA

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.2 Alcunha:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pai:

5.1.5 Estado civil:

5.1.6 Mãe:

5.1.7 Etnia:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.17 Características: CONDUTOR DE UM AUTOMÓVEL TIPO CELTA PRATA SEM MAIORES DETALHES.

5.1.18 Logradouro:

5.1.20 CEP:

5.1.19 Número:

5.1.22 Cidade:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITOS CAMINHAVA EM DIREÇÃO À SUA RESIDÊNCIA E AO ATRAVESSAR A RUA FOI ATROPELADO PELO ACUSADO(A) QUE NÃO PRESTOU LHE SOCORRO E SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE; QUE DEVIDO A COLISÃO SOFRE UM TRAUMA EM SUA PERNA DIREITA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA, COMO CONTA NO PRONTUÁRIO MÉDICO DE Nº 16547/2018 DATADO DE 24/06/2018 ÀS 18:43:55. NADA MAIS DISSSE NEM LHE FOI PERGUNTADO.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DO BO PARA FINS INDENIZATÓRIOS EXCLUSIVOS PARA O SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 06/08/2018 10:59:25

Policial

Polg^o direito

Atendimento: 2073976 - SÉRGIO GLAYDSON DANTAS DE MORAIS

Impressão por: 2073976 - SÉRGIO GLAYDSON DANTAS DE MORAIS em 06/08/2018 10:59:33

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2018065000512 - Código de autenticação: af478f464702bb7eb108112068544343

Página 1 1

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:

314.241.474-68

Francisco de Assis Ribeiro

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

Nome completo:

Francisco de Assis Ribeiro

Profissão:

Arquiteto

Endereço:

Jeremias da Rocha

Bairro:

Santo Antonio

Cidade:

Matozinhos

Estado:

DF

CPF:

314.241.474-68

Número:

21

Complemento:

Edsa

CEP:

59634-190

Tel.(DDD):

(84) 99827-0066

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:

Itaú

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3468

CONTA:

38156

3

(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, 5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

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.

Local e Data:

Matozinhos RN 06/09/18

Nome:

Adriana da Costa Ribeiro

CPF:

012.730.874-03

Adriana da Costa Ribeiro

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Jomane Borges de Souza

CPF: 021.326.274-38

Jomane Borges de Souza

Assinatura

2ª Nome: Gideon Jackson Bezerra

CPF: 103.868.489-67

Gideon Jackson Bezerra

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 RÔGO, por escrito, 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.

ARUANA SEGUROADORA

19 DEZ 2018



**SAMU
MOSSORÓ
192**

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

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 474

Mossoró 30 de Julho de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **ADRIANA DA COSTA RIBEIRO**, 38 anos, RG **002.222.204** passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 26

Nome do Paciente: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO, 59 anos.

Data: 24/06/2018

Local da ocorrência: Rua: Jeremias da Rocha.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

Hora do Chamado: 17h 57min.

Natureza da Ocorrência: Atropelamento por carro.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

Silvanía do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró

ARUANA REGISTRADORA
10 DEZ 2018



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 14883 - FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (59 a 7 m 22 d)

Nascimento: 02/11/1958

Natural: FORTALEZA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 31424147468

Prof:

Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA

Pai: FRANCISCO NOBERTO DA SILVA

Logradouro: RODRIGUES ALVES, 102

CEP: 59618590

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.88715503 84 88715503

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): ACIDENTE DE CARRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS:					Classificação: 24/06/2018 18:33.42			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	220 130		96		24				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ATAROPELAMENTO. COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DSE CONSCIÊNCIA. GLASGOW 12. FRATURA ABERTA EM MÍD ALTA DA TÍBIA. PROVAVEL TCE

Hora: 18:00h

Exame físico: Paciente em deambulação com auxílio de muletas. Estado geral satisfatório. Pele pálida, sem lesões. Mucosas cor-de-rosa. Pulso arterial presente em ambos os membros superiores. Freqüência cardíaca 96 bpm, ritmo regular. Pressão arterial 130/80 mmHg. Saturação de oxigênio 96% em ar ambiente. Ausculta pulmonar sem ruídos. Abdomem macio, sem sinais de irritação peritoneal. Membros inferiores com edema leve em ambos os tornozelos. Ferida aberta na região da tíbia, com exposição de tecido ósseo e sangramento ativo. Curativo em andamento.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Anal. de urina e sangue de rotina			
2. Anal. de urina e sangue de rotina			
3. Anal. de urina e sangue de rotina			
4. Anal. de urina e sangue de rotina			
5. Anal. de urina e sangue de rotina			
6. Anal. de urina e sangue de rotina			
7. Anal. de urina e sangue de rotina			
8. Anal. de urina e sangue de rotina			
9. Anal. de urina e sangue de rotina			
10. Anal. de urina e sangue de rotina			

ARJANA SEGURADORA
10 DEZ 2018HOSPITAL REGIONAL TARCÍO
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO
SAME ARQUIVO

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outro Serviço; () Evasão; () Interna: CID 82 Proc.

Data: / /18. Hr: Ass. Médico:

BR. Gerson Queiroz
CRM 101.123
Osteopata e Fisioterapeuta
FECF - 1001

24.06.2018.

Form 6410

2170 / 1-66.

US 17-10-2018

Re do Torne

24.06.2018

1812

visando o

trabalho

Ortopedia

Fx apople de perna ①

Soluto Parado de Neurocirurgia
po Bloco Cirurgico após liberação
de neurocirurgia

Dr. João Valeschini da Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 6428

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO NUNHA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 07/07/18
Bida
SAME/ARQUIVO

NLH

GIE, sem defici

SC. Menis → Discreta USAT.

CD. Lixo para ortopedia

Obs: Obscuras neurologia

Dr. Bruno Costa
Neurocirurgião
CRM-RN 5833



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 14883 - FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO (59 a 7 m 29 d)

Nascimento: 02/11/1958

Natural: FORTALEZA BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704102428587850

CPF: 31424147468

Prof:

Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA

Pai: FRANCISCO NOBERTO DA SILVA

Logradouro: RODRIGUES ALVES, 102

CEP: 59615590

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.88715503 84 88715503

Compl: CORRIGIDO NOME DO PACIENTE

Motivo (alegado pelo paciente): ACIDENTE DE CARRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS:

Classificação: 24/06/2018 18:33:42 PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	220 130		96		24				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ATAROPELAMENTO. COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. GLASGOW 12. FRATURA ABERTO EM MÍD ALTURA DA TÍBIA. PROVAVEL TCE

Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 30.07.2018
BR

SAME/ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

ARUANA SEGURADORA
10 DEZ 2018

*Saída: 24/06/2018 20:54:22 - INTERNADO () Decisão médica: () Enc. outro Serviço: () Evasão: () Interna:

CID _____ Proc. _____

Data: ____/____/18. Hr: ____ Aas. Médico: _____

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS
MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MEDICO

ARIANA REGISTRADORA
10 JAN 2019

O paciente FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO
61 anos de idade, Mecânico Auxiliar, CPF 314.241.474-1
HISTORIA de Acidente de TRANSITO, atropelamen-
to.

DIAGNOSTICO: Politraumatismo:

TCE + Fratura exposta dos ossos da perna
direita grave. LEVADO pelo SEMU ao
HRTM em Mossoro R/N. Bolita N 16542/2018
Procedimento:

Operado de urgência da perna
direita. Toilette e Redução e fixação
provisória com FIXADOR externo.
30 dias Após foi re-operado no
HOSPITAL WILSON ROSADO: Retirada
do FIXADOR externo e osteossíntese
com placa e PARAFUSOS, desenvolveu
retardo de consolidação. Pseudoartro
além de desvio do eixo da tibia,
por perda parcial da redução.

Quadril atual e sequelas.
Necessidade de uso de 2 mule-
tas para deambulação e suples perma-
nente em ORTOSTATICA.
Perda da capacidade funcional
estimada em 40%
CID: 793 por S32.2

Policlínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Otava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3636

3ª e 5ª Todas as manhãs
Fca. William Carvalho Ferreira
Ortopedia-Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1150-MTB 149 RJ

Mossoro 10.01.2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
(INSTITUTO DE IDENTIFICACAO-I)

CANTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DO SOCIAL

POLEGAR DIREITO

04/01/2018

083.204.149

FRANCISCO ROBERTO DA SILVA
RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

02/11/1978

CPF: 314.741.474-68

RESUMO RI-2 CANTONIS

CERT. DE CAS. DIV. L. 840 - 5-98 DE-1405

ABOLICION DO CASAMENTO

151 Nº 7.118 DE 28/03/02

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA

(INSTITUTO DE IDENTIFICACAO-I)

CANTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DO SOCIAL

POLEGAR DIREITO

04/01/2018

083.204.149

FRANCISCO ROBERTO DA SILVA
RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

02/11/1978

CPF: 314.741.474-68

RESUMO RI-2 CANTONIS

CERT. DE CAS. DIV. L. 840 - 5-98 DE-1405

ABOLICION DO CASAMENTO

151 Nº 7.118 DE 28/03/02

ARUANA SEQUIRADORA

10 DEZ 2018

1482516476

CH. OROBORO, N.H.

0088080, SR
Juarez, Sonora
Unidad Militar del Gobierno
Comandante de Reserva
Asesor Militar
BANDE DO NORTE

RIO GRANDE DO NORTE

id. binder 97d do

DATE
12/09/2017

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482516476



MEUSTRD-252854
0575

SEVERAL
LINA DARTALE
M. G.
10/04/2013
10/04/2013

024-335-7
IN UICHO
CELESTIANO DIAMAS ABERA
FOOTED BY

001952123 98E 30
DATA REC THAT
17/03/1978

JOSE DE AZIMUTELA DARTAS DE LIMA CAMBIO W-
001552423 98F 2H
17/03/1978

ARUANA SEGUROSA
10 DEZ 2018

0.010

VITIMA - Priscilla de Souza 324.241.444-68
 DATA DO ACIDENTE - 24/06/18 - CPF DA VITIMA
 PARTIDO ORÇÃO DOCUMENTAÇÃO - folha de Usinatória Cortado de uma
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL CAD. PARANENSE (DI/6
 A VITIMA É Priscilla de Souza
 ENDEREÇO DO PORTADOR Josémaria de Rêgo
 Nº 24 COMPLEMENTO lote 02 BAIRRO Santa Antonia
 CIDADE Matosinhos UF RN CEP 59635-130
 E-MAIL Nos Faltou TELEFONE 8493884-0065

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVÁLIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

-DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DABAS

- [illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DCMs

- [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE - 13.12.50/00
 - PRAZOS DE PRECATORIO - ATE R\$ 15.000,00 - ESTABELECE LIMITACAO NA QUANTIDADE DE PRECATORIOS COM TERCEIROS, DESDE QUE O PRAZO SEJA A 14/04/74.
 - DESCONTOS DE PRECATORIOS COM TERCEIROS - ESTABELECE ATE R\$ 1,20 POR PRECATORIO EM TRANSACAO - DESDE QUE SEJA EM DINHEIRO - REQUISITO DE PRECATORIO EM DINHEIRO.
 - AVALIAÇÃO DE PRECATORIOS EM DINHEIRO - ESTABELECE O VALOR DE AVALIAÇÃO DE PRECATORIOS EM DINHEIRO.

POZITIVNOST NA POSREDOVANJE

50.12.78

REPÚBLICA DEL PERÚ
GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DE TACNA
MUNICIPIO DE TACNA
DISTRITO DE TACNA
CALLE DE LA UNIÓN Nº 1001
TACNA - PERÚ
TEL: 086 222 2222
FAX: 086 222 2222
E-MAIL: info@tacna.gov.pe
WWW.TACNA.GOV.PE

DATA 30-92-6000
1001-06 60000

004.552.023
GENTILESSA
ASSUNTURA
Per di Arred

NAME: Yasmin
ASSIGNMENT: 1

for L.A. X

ARGUANA SFGIRADORA
10 DEZ 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JANAINA BORGES DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. (CPF, RG, RNE) 1858823 SSP RN

CM 031.346.374-30 DATA NASCIMENTO 17/08/1977

RAÇÃO FRANCISCO EDSON DE SOUZA REGIA MARIA PESSOA

SEXO F AC CACHA A3

Nº REGISTRO 0410811719 VALIDADE 25/11/2018 1ª EMISSÃO 31/05/2007

CLASSIFICAÇÃO

Janaina Borges de Souza

LOCAL MOSSORÓ, RN DATA EMISSÃO 27/11/2013

00188133804 RN701062912

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 881788371

PROIBIDA PLASTIFICAR 881788371

ARUANA SEGURODORA
10 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Janaína Borges de Souza
 RG nº 1856825, data de expedição 27/11/13, órgão SSP RN

CPF nº 031.346.344-30 venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
 de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Jeremias do Rocha
Número	21
Apto / Complemento	coisa
Bairro	Santa Antônia
Cidade	Motobato
Estado	Rio Grande do Norte
CEP	59611-190
Telefone de Contato	(84) 99824-0066
E-mail	Não Possui

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Motobato RN 06/09/18

Assinatura do Declarante: Janaína Borges de Souza



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SANTARÉM, 10 DE DEZEMBRO DE 2018

EDUARDO JACKSON BORGES

RG: 2936418-880-02

CPF: 009.858.484-67

DATA NASCIMENTO: 12/05/1992

FILIAÇÃO: **WALTER DAS DORES RESENDA**

LOCAL: **BOBÓDO, RN**

VALIDADE: 04/02/2023

VALIDAÇÃO: 23/10/2013

IDENTIFICAÇÃO NACIONAL: 1487146852

PROIBIDO PLASTIFICAR

1487146852

ASSINATURA DO PORTADOR: *Eduardo Jackson Borges*

DATA EMISSÃO: 08/01/2018

LOCAL: **BOBÓDO, RN**

LOTE: **Edson de Macedo Pereira**

49091307826

28702778876

RIO GRANDE DO NORTE

CHATRAN CONTRAN

ARUANA SEGUROADORA

10 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gideon Jackson Bezerra
 RG nº 2936418 data de expedição 08/02/18 Órgão SSPRN

CPF nº 103.868.484-64 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 Jeremias da Rocha</u>
Número	<u>21</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Santo Antonio</u>
Cidade	<u>Motato</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59611-190</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Wde Petroui</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Motato RN 06/09/18

Assinatura do Declarante: Gideon Jackson Bezerra



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

04/02/2014

062.222.294

SECRETARIA DE COBES E DIRETORIA

FRANCISCO DE ASSIS ALMEIDA
EVALUADA COISA DE SILVA

08/08/1979

02.11.2014

MOSSORÓ RN

02.11.2014

CERT. DE NASCIMENTO 1-A-95, F-271 RG-13122

MOSSORÓ RN-2 CARTÃO 89

012.739.844-03

2o. VILA

SECRETARIA DE COBES E DIRETORIA

DIRETORIA GERAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CENTRO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Adriana da Costa Ribeiro

de Segurança do RN 74

CARTeira DE IDENTIDADE

ARUANA SEGURODORA
10 DEZ 2018

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 50025-250
CNPJ 08.324.195/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189-0



www.cosem.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSEMN: 118

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

-Ouvidoria 0800 094 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

ADRIANA DA COSTA RIBEIRO

CPF: 012.730.844-03

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JEREMIAS DA ROCHA 21

SANTO ANTONIO/ÁREA URBANA
59611-190 MOSSORO RN

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

DATA DE VENCIMENTO

04/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

18,96

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/09/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/09/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

012769152

Série: U

CONTA CONTRATO

007010303588

Nº DO CLIENTE

3810708168

Nº DA INSTALAÇÃO

0000565040

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

4333.7B12.131A.762C.DE73.8A14.533D.1E5C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	30,00	0,51517197	15,45
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,60
Contrib. Iam, Pública Municipal			1,91
TOTAL DA FATURA			18,96

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Recev	Valor
26/07/18	20/08/18	71,94

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contém
débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persistir por dois ciclos
de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir
cobrança conforme as condições definidas no Art. 9º, REN 414/2010. Podem ocorrer ações de
cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	KWh
Consumo Ativo(KWh)	0,48081000	
	SET 18	30
	AGO 18	36
	JUL 18	39
	JUN 18	60
	MAI 18	96
	ABR 18	90
	MAR 18	86
	FEV 18	86
	JAN 18	90
	DEZ 17	123
	NOV 17	183
	OUT 17	110
	SET 17	116

Faturamento pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 9º, Resolução ANEEL
414/2010.

10 DEZ 2018

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,05	1,18	0,20	17,05	5,48	0,93

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000002150547866	CAT	18/09/2018	2.725,00	20/09/2018	2.725,00	4	1,00000	0,00	0,00
00000002150547866	CAT	20/09/2018	2.725,00	18/09/2018	2.725,00	27	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 30/09/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APROVADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
DIC-De de horas sem Energia	BARROCAS	0,00	4,93	9,85	18,82
FIC-De de horas sem Energia		0,00	3,23	5,47	12,93
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,32
ELSD-Valor de Encargo de Uso					R\$ 7,11
Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia do povo nordestino: rua pere valha, 1215, centro / supermercado
ao lado: r. não pecanha, 517, bom jardim. Lista completa em www.cosem.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
No data da leitura e bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Ras414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
tensão de IGMS conforme Art. 14, do RICMS-RN.
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 cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO

007010303588

MÊS/ANO

09/2018

TOTAL A PAGAR(R\$)

18,96

VENCIMENTO

04/10/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cartão será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838300000004 189600384070 010303588206 049640124430



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francisco de Assis Ribeiro		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
PROFISSÃO:	Aposentado		
IDENTIDADE:	002.204.149	CPF:	314.241.474-68
ENDEREÇO:	Jeremias da Rocha 21 Santo Antonio		

OUTORGADO

NOME:	Joaquim de Almeida Dantas de Lima		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
PROFISSÃO:	Autônomo		
IDENTIDADE:	001.552.123	CPF:	024.335.994-23
ENDEREÇO:	Rua Jeremias da Rocha 21 Santo Antonio		

TESTEMUNHA 1:

NOME: Jonas de Souza
CPF: 031.346.374-30 RG: 1852825
ENDEREÇO: Rua Jeremias da Rocha 21 Santo Antonio

TESTEMUNHA 2:

NOME: Gideon Jackson Bezerra
CPF: 103.868.489-67 RG: 2936418
ENDEREÇO: Rua Jeremias da Rocha 21 Santo Antonio

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

Motato 05/11/18

LOCAL E DATA

Adriana da Costa Ribeiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2ª Zona de Protesto de Títulos e Documentos

Praça Getúlio Vargas, 66, Centro.

Mossoró-RN

Fone (084) 3316-3693

Fax: (084) 3317-3498

Maria Luciene Gomes Fontes

Tabeliã

David Fernandes Fontes

Tabellão Substituto



Abdoral Gomes Fontes

Tabellão Substituto

Livia Thaisy Coufo Fontes

Escrevente Autorizada

LIVRO Nº. 138

FLS.068.

PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM): FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO, na declarada forma abaixo:

Saibam quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos trinta (30) dias do mês de julho do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Mossoró, Estado do Rio Grande do Norte, neste Cartório, compareceu como outorgante **FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO**, brasileiro, divorciado, beneficiário, portador da Cédula de Identidade nº.003.204.149-SSP/RN, inscrito no CPF/MF sob o nº.314.241.474-68, residente e domiciliado na rua Jeremias da Rocha, 21, bairro Santo Antonio, Cep.59611-190, Mossoró/RN; reconhecido como o próprio de mim Tabellão Substituto, por meio deste público instrumento de procuração, por ele me foi dito que nomeia e constitui sua bastante procuradora **ADRIANA DA COSTA RIBEIRO**, brasileira, solteira civilmente, manicure, portadora da Cédula de Identidade nº.002.222.204-SSP/RN, inscrita no CPF/MF sob o nº.012.730.844-03, residente e domiciliada na rua Jeremias da Rocha, 21, bairro Santo Antonio, Cep.59611-190, Mossoró/RN; A quem concede poderes específicos para representar o outorgante administrativamente e/ou judicialmente em desfavor da SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT E/OU DEMAIS SEGURADORAS, podendo tudo assinar concordar, discordar, receber valores devidos a ele outorgante, autorizar depósitos na conta do outorgante sito a agência do BANCO BRADESCO S/A, podendo para tanto, sacar valores provenientes da indenização, assinar as declarações sejam elas declaração de residência, declaração de ausência do laudo do IML, autorização de pagamento, tudo apresentar, solicitar e receber, apresentar, transigir, firmar compromissos ou acordo, referente a presente indenização, devendo assinar recibos e tudo o mais o que for preciso. Enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento deste Mandato. Pediu e eu lhe lavrei este instrumento, que lhe li, achou conforme, vai devidamente assinado por Jose de Arimateia Dantas de Lima á rogo do outorgante por não ser alfabetizado e as testemunhas Leoberg Barbosa de Mele e Silvana Dantas Diniz, ambos brasileiros, maiores e capazes, residentes nesta cidade, a tudo presente. Emolumentos: Cartório R\$53,84; ISS R\$2,69; PGE R\$0,41; FCRCNP R\$5,39; GUIA DE RECOLHIMENTO DE FRMP Nº.0000001465505, R\$1,66; GUIA DE RECOLHIMENTO DE FDJ Nº.7000003246404. R\$14,17; Total; R\$78,16. Eu, (David Fernandes Fontes), Tabellão Substituto do 7º Ofício, digitei, conferi, subscrevo e assino em público e raso de que uso.

À Rogo do Outorgante:

Jose de Arimateia Dantas de Lima

Testemunhas:

Silvana Dantas Diniz

David Fernandes Fontes
CPF 062.233.234-17
SUBSTITUTO

ARUANA SEGURADORA
10 DEZ 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445432/18

Número do Sinistro: 3180579751

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

CPF: 314.241.474-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
RIBEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 10/01/2019
Nome: JOSE DE ARIMATEIA DANTAS DE LIMA
CPF: 024.335.994-23

JOSE DE ARIMATEIA DANTAS DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05

PRISCILA FLORENCIO DA SILVA