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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200053963 **Vítima: JAILSON FRANCELINO LOPES**

Data do Acidente: 29/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON FRANCELINO LOPES

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

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

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200053963

Vítima: JAILSON FRANCELINO LOPES

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAILSON FRANCELINO LOPES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200053963 **Vítima: JAILSON FRANCELINO LOPES**

Data do Acidente: 29/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON FRANCELINO LOPES

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$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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: **JAILSON FRANCELINO LOPES**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000000560**
Conta: **0000069294-5**
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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 037.033.574-70

4 - Nome completo da vítima: Jailson Francelino Lopes

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: Jailson Francelino Lopes

6 - CPF: 037.033.574-70

7 - Profissão: Separador

8 - Endereço: Vi Chico Mendes

9 - Número: 55

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Três Marias

12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rosado

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59790-000

15 - E-mail: Não Possui

16 - Tel.(DDD): (84) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0560 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 69294 5 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró-RN 15/10/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


CAIXA
POUPANÇA
6277 8016 0940 7956
VÁLIDO ATÉ
09/21
JAILSON FRANCELINO LOPES
0560 013 00069294-5
elo

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 037.033.574-70

4 - Nome completo da vítima: Jailson Francelino Lopes

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: Jailson Francelino Lopes

6 - CPF: 037.033.574-70

7 - Profissão: Separador

8 - Endereço: Vi Chico Mendes

9 - Número: 55

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Três Marias

12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rosado

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59790-000

15 - E-mail: Não Possui

16 - Tel.(DDD): (84) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0560 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 69294 5 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró-RN 15/10/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


CAIXA
POUPANÇA
6277 8016 0940 7956
VÁLIDO ATÉ
09/21
JAILSON FRANCELINO LOPES
0560 013 00069294-5
elo

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: 3200053963
Nome do(a) Examinado(a): Jailson Francelino Lopes
Endereço do(a) Examinado(a): Vl Chico Mendes, 55 Tres Marias
Zona Rural Governador Dix-sept Rosado RN CEP: 59790-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [DETRAN / RN] 06463103498
Data local do acidente: [29/09/2019]
Data local do exame: [11/02/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA ANTEBRAÇO- DIAFISÁRIA DE ULNA ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO - IMOBILIZAÇÃO COM GESSO POR CERCA DE 35 DIAS.
Data da Alta: 30/01/2020

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DOR AOS ESFORÇOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE LEVE INTENSIDADE.

IV. Nexo de casualidade: 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:
DOR AOS ESFORÇOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE LEVE INTENSIDADE.

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, §1° do art. 3° 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 SUPERIOR - Lado Esquerdo
% 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Elizabeth Fillard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/10/2019 09:24 Data/Hora Fim: 10/10/2019 09:51
Origem: Policia Judiciária
Delegado de Polícia: Liana Carneiro Aragão

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Governador Dix-Sept Rosado
Data/Hora do Fato: 29/09/2019 03:00

Local do Fato

Município: Governador Dix-Sept Rosado (RN) Bairro: Zona Rural
Logradouro: BR 405 Nº: KM40

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Outro(s)

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAILSON FRANCELINO LOPES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Caraúbas Sexo: Masculino Nasc: 24/04/1996
Profissão: Separador de Mercadorias Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Francisca Julia Lopes de Almeida Nome do Pai: João Marie Francelino de Almeida
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 017.011.574-70

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: Assentamento Três Marias Nº: 55
Bairro: Zona Rural
Telefone: (84) 9898-1854 (Celular)

Nome Civil: MATHEUS VITOR DA COSTA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Umarizal Sexo: Masculino Nasc: 22/06/2000
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rita Cassiana da Silva Vitor Nome do Pai: Manoel Genario Vitor
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 125.571.124-88

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: Assentamento Três Marias Nº: 46
Bairro: zona rural
Telefone: (84) 9652-9603 (Celular)

Nome Civil: ANTONIO MARCIO BARBOSA JUNIOR (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Severiano Melo Sexo: Masculino Nasc: 20/03/1999
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Maria Esilvania da Silva Nome do Pai: Antonio Marcio Barbosa
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 124.368.654-50

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: Assentamento Santo Antonio Nº: 13
Bairro: zona Rural
Telefone: (84) 9939-5583 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição Honda CG 125 FAN
CPF/CNPJ do Proprietário 017.011.574-70
Placa HYJ4A26
Renavam 00967480094
Número do Motor JC30E78177023
Número do Chassi 9C2JC30708R177023
Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/04/2019
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jailson Francelino Lopes	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima/comunicante acompanhado das duas testemunhas já citadas neste boletim de ocorrência, na data, local e hora acima mencionados se dirigiu a esta distrital para informar sobre um acidente automobilístico sofrido na BR 405 no KM 40, quando a vítima se dirigia para assentamento Mulungu, localizado também neste município quando foi surpreendido por um animal (JUMENTO) na pista, ao abarroar no animal o comunicante caiu ao solo e foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital Regional Tarcisio Maia em Mossoró - RN, sofreu fratura no braço esquerdo. Nada mais disse.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

ASSINATURAS

Thiago de Medeiros Celestino
Agente de Polícia
Matrícula 219.796-0
Responsável pelo Atendimento

Jailson Francelino Lopes
(Comunicante / Vítima)

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

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/10/2019 09:24 Data/Hora Fim: 10/10/2019 09:51
Origem: Policia Judiciária
Delegado de Polícia: Liana Carneiro Aragão

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Governador Dix-Sept Rosado
Data/Hora do Fato: 29/09/2019 03:00

Local do Fato

Município: Governador Dix-Sept Rosado (RN) Bairro: Zona Rural
Logradouro: BR 405 Nº: KM40

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Outro(s)

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAILSON FRANCELINO LOPES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Caraúbas Sexo: Masculino Nasc: 24/04/1996
Profissão: Separador de Mercadorias Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Francisca Julia Lopes de Almeida Nome do Pai: João Marie Francelino de Almeida
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 017.011.574-70

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: Assentamento Três Marias Nº: 55
Bairro: Zona Rural
Telefone: (84) 9898-1854 (Celular)

Nome Civil: MATHEUS VITOR DA COSTA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Umarizal Sexo: Masculino Nasc: 22/06/2000
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rita Cassiana da Silva Vitor Nome do Pai: Manoel Genario Vitor
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 125.571.124-88

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: Assentamento Três Marias Nº: 46
Bairro: zona rural
Telefone: (84) 9652-9603 (Celular)

Nome Civil: ANTONIO MARCIO BARBOSA JUNIOR (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Severiano Melo Sexo: Masculino Nasc: 20/03/1999
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Maria Esilvania da Silva Nome do Pai: Antonio Marcio Barbosa
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 124.368.654-50

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN
Logradouro: Assentamento Santo Antonio Nº: 13
Bairro: zona Rural
Telefone: (84) 9939-5583 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição Honda CG 125 FAN
CPF/CNPJ do Proprietário 017.011.574-70
Placa HYJ4A26
Renavam 00967480094
Número do Motor JC30E78177023
Número do Chassi 9C2JC30708R177023
Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/04/2019
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jailson Francelino Lopes	Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima/comunicante acompanhado das duas testemunhas já citadas neste boletim de ocorrência, na data, local e hora acima mencionados se dirigiu a esta distrital para informar sobre um acidente automobilístico sofrido na BR 405 no KM 40, quando a vítima se dirigia para assentamento Mulungu, localizado também neste município quando foi surpreendido por um animal (JUMENTO) na pista, ao abarroar no animal o comunicante caiu ao solo e foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital Regional Tarcisio Maia em Mossoró - RN, sofreu fratura no braço esquerdo. Nada mais disse.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

ASSINATURAS

Thiago de Medeiros Celestino
Agente de Polícia
Matrícula 219.796-0
Responsável pelo Atendimento

Jailson Francelino Lopes
(Comunicante / Vítima)

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 037.033.574-70
4 - Nome completo da vítima: Jailson Francelino Lopes

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jailson Francelino Lopes
6 - CPF: 037.033.574-70
7 - Profissão: Separador
8 - Endereço: Vi Chico Mendes
9 - Número: 55
10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Três Marias
12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rosado
13 - Estado: RN
14 - CEP: 59790-000
15 - E-mail: Não Possui
16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

AGÊNCIA: 0560 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 69294 5 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro(a) (ainda não nascido)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Mossoró-RN 15/10/2019

Jailson Francelino Lopes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 037.033.574-70
4 - Nome completo da vítima: Jailson Francelino Lopes

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jailson Francelino Lopes
6 - CPF: 037.033.574-70
7 - Profissão: Separador
8 - Endereço: Vi Chico Mendes
9 - Número: 55
10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Três Marias
12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rosado
13 - Estado: RN
14 - CEP: 59790-000
15 - E-mail: Não Possui
16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

AGÊNCIA: 0560 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 69294 5 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro(a) (ainda não nascido)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Mossoró-RN 15/10/2019

Jailson Francelino Lopes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON FRANCELINO LOPES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000069294-5

Nr. da Autenticação 3ED56BA53283C1BA

Textos Sobre Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COSERN

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal – RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-61 | Insc. Est. 20/055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA JULIA LOPES DE ALMEIDA

CPF 009.521.984-00 NIS: 10193657177

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CONVIVS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

VI CHICO MENDES 55

TRES MARIAS/AREA RURAL
GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO RN
59790-000

08032/2019	09/2019	
07/10/2019	29/10/2019	
		165,03

27/09/2019	300005310	288888	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

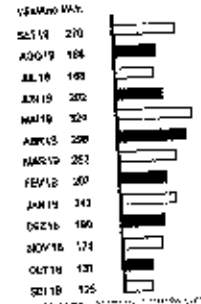
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,31871232	9,56
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37984976	26,59
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,60487456	87,78
Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,0000000	0,62774861	31,38
Adiâncimo Bandeira VERMELHA			10,98
Contrib. Ilum. Pública Município			0,88
ICMS-Parcela Subvencionada			9,72
Multa por atraso-NF 027975570 - 28/07/19			1,52
Juros por atraso-NF 027975570 - 29/07/19			0,78

TOTAL DA FATURA 165,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	30/08/2019	20.517,00	27/09/2019	20.767,00	30	1,00000		250,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO
ICMS	140,10	18,00	25,22
PIS	140,10	0,85	1,19
COFINS	140,10	4,00	5,60

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	52,19	35,37%
Transmissão	R$	5,63	3,82%
Distribuição (Cosern)	R$	39,45	26,74%
Perdas de Energia	R$	9,31	6,31%
Encargos Setoriais	R$	2,94	2,00%
Tributos	R$	33,99	23,03%
Total	R$	143,51	100%

BANDEIRAS TARIFÁRIAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,31871232
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,37984976
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47739999
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,49157202

AUTENTICAÇÃO NF-e

CEFO 0328 7190 9B22 5679 EEC4 0BDF 0285

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto de venda de você preferir, pela internet, caixa eletrônico, correspondente bancário, lotérica ou agência bancária. Na ausência de pagamento na data de vencimento, a partir do 1º dia útil seguinte, incidirão multa de 2% e juros de mora de 0,033% ao dia, conforme Resolução Normativa nº 414/2010 da ANEEL. Acesse www.cosern.com.br. O não pagamento implicará na suspensão do fornecimento de energia elétrica, conforme Resolução Normativa nº 414/2010 da ANEEL, Art. 172 e 173. Para informações sobre o parcelamento de débitos, não cumprimento do prazo de religação e demais informações, ligue para a COSERN: 116 (ligação gratuita). Se não for o titular do fornecimento, o cliente deve entrar em contato para poder receber as 2 datas de vencimento, podendo ser cobrado o valor de disponibilização do ciclo específico.

ATENÇÃO À COSERN INFORMA QUE POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vencimento	Referência	Valor	Vencimento	Referência	Valor
27/09/19	07/2019	123,55			

Transferência de titularidade de unidade consumidora: Apresentar documento de identidade, CPF, CNPJ, certidão de nascimento ou casamento e contrato social. Acompanhamento de solicitação: www.cosern.com.br

QUALIDADE E FREQUÊNCIA DA ENERGIA FORNECIDA

	BANDEIRAS	VALOR APURADO	LIMITE NORMAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
		08/2019			
DRC		0,00	10,73	21,46	43,02
FIC		0,00	7,59	15,18	30,39
DMIC		0,00	5,78	0,00	0,00

Limite DRCI: 16,00 DIC0 - Valor do Dmcs pelo Indicador de Distribuição = 89,49

NÍVEIS DE TENSÃO

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

CONTA CONTRATO	NÚMERO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	[illegible]	07/10/2019	165,03

83830000001-2 65030038400-3 80822001820-6 01313624823-5

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

COSERN

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Bairro, Natal – RN, CEP 59025-290
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20058199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA JULIA LOPES DE ALMEIDA

CPF: 009.521.934-00 NIS: 16189857177

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CONI NB

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

VI CHICO MENDES 55

TRES MARIAS/ARFA RURAL
GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO RN
59780-000

08/09/2019	09/2019		
07/10/2019	29/10/2019		
165,03			

27/09/2019	300/09215	UNICA	27/09/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,21811232	6,59
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37664870	26,36
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,26487455	31,79
Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,0000000	0,62774951	31,38
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,33
ICMS-Parcela Subvencionada			6,72
Multa por atraso-NF 027876528 - 23/07/19			1,52
Juros por atraso-NF 027876528 - 19/07/19			0,79

TOTAL DA FATURA 165,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CET	28-08-2019	20 537,00	27-09-2019	20 812,00	30	1,00000		275,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	143,10	12,00	25,73
PIS	143,10	0,85	1,22
COFINS	143,10	3,92	5,61

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	52,12	31,27%
Transmissão	R$	5,69	3,41%
Distribuição (Consumo)	R$	95,45	57,27%
Perdas de Energia	R$	9,51	5,71%
Encargos Setoriais	R$	3,94	2,36%
Tributos	R$	33,23	19,94%
TOTAL	R$	166,74	100,00%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18840550
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,26511000
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43320330
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,49111000

INFORMAÇÃO AO POVO

CPFD CDDB.B1.UC.SB22.5628 FSC41 GBDF.D25E

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto de atendimento de você preferir, pagamento antecipado, ou pagamento em atraso. Fique atento ao vencimento da sua fatura. Após o vencimento, a fatura pode ser cobrada com multa e juros. Se o pagamento ocorrer após o vencimento, consulte a COSERN pelo 0800 084 0116 ou pelo www.cosern.com.br. Outras informações consulte www.aneel.gov.br. Outras informações consulte a Ouvidoria Setorial pelo 0800 084 0196 ou pelo www.ouvidoria.com.br. Para informações gerais pelo 116 (ligação gratuita) ou pelo www.cosern.com.br. Reclamações e sugestões: www.aneel.gov.br. Outras informações consulte a Ouvidoria Setorial da Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02. Em caso de suspensão de fornecimento, o cliente deve procurar a COSERN e apresentar documento comprobatório de quitação de débito de responsabilidade da COSERN em que ocorrer a interrupção.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Vencimento na conta	Data-limite para pagamento	Valor	Vencimento	Referência	Valor
		165,03			

Esta comunicação não exime a fatura do débito vencido e não é conta de pagamento, mas sim um aviso de débito pendente. Caso o pagamento do débito tenha sido efetuado, desconsidere esta comunicação. Para informações gerais pelo 116 (ligação gratuita) ou pelo www.cosern.com.br. Reclamações e sugestões: www.aneel.gov.br. Outras informações consulte a Ouvidoria Setorial da Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02. Em caso de suspensão de fornecimento, o cliente deve procurar a COSERN e apresentar documento comprobatório de quitação de débito de responsabilidade da COSERN em que ocorrer a interrupção.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
BARAUNAS	MÊS/19			
DIC	0,00	10,73	21,48	42,92
FIC	0,00	7,59	15,19	30,38
DMIC	0,00	4,76	0,00	0,00

NÍVEIS DE TENSÃO

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

Unid FCCU: 16,55 CUCD - Valor da Energia de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 48,60

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
08/09/2019	09/2019	07/10/2019	165,03

83830000001-2 65030038400-3 80322001820-6 01313624623-5

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucivaldo Ferreira Diniz

RG nº 003.031.066, data de expedição 31/07/19, Órgão Sesp RN

CPF nº 092.078.974-90 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)	Vi Chico Mendes
Número	55
Apto/ Complemento	Casa
Bairro	Três Marias
Cidade	Gov. Dix Sept Rosado
Estado	RN
CEP	59790-000
Telefone de Contato	(84) 99827-0066
E-mail	Não possui

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró - RN 15/10/2019

Assinatura do Declarante: Lucivaldo Ferreira Diniz

Textos Sobre Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COSERN

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal – RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-61 | Insc. Est. 20/055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA JULIA LOPES DE ALMEIDA

CPF 009.521.984-00 NIS: 10193657177

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CONVIVS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

VI CHICO MENDES 55

TRES MARIAS/AREA RURAL
GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO RN
59790-000

08032/2019	09/2019	
07/10/2019	29/10/2019	
		165,03

27/09/2019	300005310	288888	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

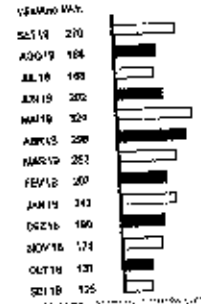
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,31871232	9,56
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37984976	26,59
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,60487456	87,78
Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,0000000	0,62774861	31,38
Adiâncimo Bandeira VERMELHA			10,98
Contrib. Ilum. Pública Município			0,88
ICMS-Parcela Subvencionada			9,72
Multa por atraso-NF 027975570 - 28/07/19			1,52
Juros por atraso-NF 027975570 - 29/07/19			0,78

TOTAL DA FATURA 165,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	30/08/2019	20.517,00	27/09/2019	20.767,00	30	1,00000		250,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEBITO
ICMS	140,10	18,00	25,22
PIS	140,10	0,85	1,19
COFINS	140,10	4,00	5,60

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	52,19	35,37%
Transmissão	R$	5,63	3,82%
Distribuição (Cosern)	R$	39,45	26,74%
Perdas de Energia	R$	9,31	6,31%
Encargos Setoriais	R$	2,94	2,00%
Tributos	R$	33,99	23,03%
Total	R$	143,51	100%

BANDEIRAS TARIFÁRIAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,31871232
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,37984976
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47739999
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,49157202

AUTENTICAÇÃO NF-e

CEFO 0328 7190 9B22 5679 EEC4 0BDF 0285

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto de venda de você preferir, pela internet, caixa eletrônico, correspondente bancário, lotérica ou agência bancária. Na ausência de pagamento na data de vencimento, a partir do 1º dia útil seguinte, incidirão multa de 2% e juros de mora de 0,033% ao dia, conforme Resolução Normativa nº 414/2010 da ANEEL. Acesse www.cosern.com.br. O não pagamento implicará na suspensão do fornecimento de energia elétrica, conforme Resolução Normativa nº 414/2010 da ANEEL, Art. 172 e 173. Para informações sobre o parcelamento de débitos, não cumprimento do prazo de religação e demais informações, ligue para a COSERN: 116 (ligação gratuita). Se não for o titular do fornecimento, o cliente deve entrar em contato para poder receber as 2 datas de vencimento, podendo ser cobrado o valor de disponibilização do ciclo específico.

ATENÇÃO À COSERN INFORMA QUE POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vencimento	Referência	Valor	Vencimento	Referência	Valor
27/09/19	07/2019	123,55			

Transferência de titularidade de unidade consumidora: Apresentar documento de identidade, CPF, CNPJ, certidão de nascimento ou casamento e contrato social. Acompanhamento de solicitação: www.cosern.com.br

QUALIDADE E FREQUÊNCIA DA ENERGIA FORNECIDA

	BANDEIRAS	VALOR APURADO	LIMITE NORMAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
		08/2019			
DRC		0,00	10,73	21,46	43,02
FIC		0,00	7,59	15,18	30,39
DMIC		0,00	5,78	0,00	0,00

Limite DRCI: 16,00 DIC0 - Valor do Dmcs pelo Indicador de Distribuição = 89,49

NÍVEIS DE TENSÃO

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

CONTA CONTRATO	NÚMERO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
[illegible]	[illegible]	07/10/2019	165,03

83830000001-2 65030038400-3 80822001820-6 01313624823-5

Seguradora LÍDER

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020 1596 / Outras regiões: 0800 022 32 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 32 32 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 022 31 33

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu: Lucivaldo Ferreira Diniz

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.078.974 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jailson Francelino Lopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.011.574 / 70

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jailson Francelino Lopes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.011.574 / 70 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: VI Chico Mendes		Número: 55	Complemento: Casa
Bairro: Três Marias	Cidade: Gov. Dix Sept Rosado	Estado: RN	CEP: 59790-000
E-mail: Não Possui			Tel.(DDD): (84) 998 27-0066

Local e Data: Mossoró-RN 15/10/2019

Lucivaldo Ferreira Diniz
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020 1596 / Outras regiões: 0800 022 32 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 32 32 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 022 31 33

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu: Lucivaldo Ferreira Diniz

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.078.974 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jailson Francelino Lopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.011.574 / 70

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jailson Francelino Lopes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.011.574 / 70 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: VI Chico Mendes		Número: 55	Complemento: Casa
Bairro: Três Marias	Cidade: Gov. Dix Sept Rosado	Estado: RN	CEP: 59790-000
E-mail: Não Possui			Tel.(DDD): (84) 998 27-0066

Local e Data: Mossoró-RN 15/10/2019

Lucivaldo Ferreira Diniz
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **62746 /2019**

Admissão: **29/09/2019 09:09:12**

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente:50168 - JAILSON FRANCELINO LOPES (23 a 5 m 5 d)

Nascimento: 24/04/1996 Natural: CARAUBAS,BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706808281685421 CPF: 01701157470 Prof:

Mãe: FRANCISCA JULIA LOPES DE ALMEIDA Pai: JOAO MARIA MARCELINO DE ALMEIDA

Logradouro: SITIO TRES MARIAS, 55

CEP: 59790000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

Telefone:84.998981854 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE URG/EMERGENCIA **Tipo:** NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA *Empresa:

OBS: NÃO REGULADO **Classificação:** 29/09/2019 09:04:49 **PESO:**

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO COM ANIMAL, PILOTAVA MOTO COM CAPACETE. INFORMA DOR NO BRAÇO ONDE SEGUNDO ELE BATEU O ANIMAL. SIC NÃO CHEGOU A CAIR DA MOTO

Hora:__:__

9.30h Membro de braço no antebraço (E)

Mobil. Pref. Dor + Edema

Crepitação Pos

Rx: Fx ulna (E), simples, em espinal, com bom contato ósseo

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
(1) GESSO AXILOPALMAR NO MSE			
(2) DIPIRONA 1g + ADLV		12:20	
(3) TILATIL 40mg + ADLV			
(4) ATESTADO 60 DIAS		4º	
(5) DECRITA			
(6) ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO			

Dr. Danilo Leal Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7425

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 01/10/2019
SAME / ARQUIVO

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

CID S52.2 Proc._____ Data:___/___/19. Hr:___:___ Médico: _____

(Assinar e carimbar)

*Gerado via SX por JOSE MARIA DA SILVA. Impresso em 29 de Setembro de 2019.

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

LAUDO MEDICO

O paciente JAILSON FRANCELINO LOPES, 23 anos de IDADE, separador de peças de motos, CPF: 017.011.574-70. HRTM. BOLETIM 64746/2019

HISTORICO: Acidente de TRANSITO entre MOTO e ANIMAL em BR 405 (SIC)

=> FRATURA DIAFISARIA MEDIA da ULNA ESQUERDA, associada a lesão de PARTES MOLES, inclusive neuropraxia e Tendenites dos extensores e PRONO SUPINADORES do M.S.E. No DIA 29.11.2019

PROCEDIMENTO: TALA Axilo Palmar, seguida de gesso Além de uso de ATE+TINE

SEQUELAS

a) DOR espontânea que se exacerba com os movimentos de flexo extensão e prono-supinação do Antebraço esquerdo.

b) Perda da capacidade funcional do Antebraço esquerdo de 20%.

CID10 T92 M/ S52.4 + G56.2

Mossoró 30 de janeiro de 2020

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

Clinica Oitava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3636
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min
3ª e 5ª Todas as manha

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1150/RN - Mtb 149/RJ

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **62746 /2019**

Admissão: **29/09/2019 09:09:12**

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente:50168 - JAILSON FRANCELINO LOPES (23 a 5 m 5 d) Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 24/04/1996 Natural: CARAUBAS,BRASIL

CNS: 706808281685421 CPF: 01701157470 Prof:

Mãe: FRANCISCA JULIA LOPES DE ALMEIDA Pai: JOAO MARIA MARCELINO DE ALMEIDA

Logradouro: SITIO TRES MARIAS, 55

CEP: 59790000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

Telefone:84.998981854 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE URG/EMERGENCIA **Tipo:** NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA *Empresa:

OBS: NÃO REGULADO **Classificação:** 29/09/2019 09:04:49 **PESO:**

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

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO COM ANIMAL, PILOTAVA MOTO COM CAPACETE. INFORMA DOR NO BRAÇO ONDE SEGUNDO ELE BATEU O ANIMAL. SIC NÃO CHEGOU A CAIR DA MOTO

Hora:__:__

g. 3ª Hibrido de fratura no antebraço (E)

Lúcido. Fáf. Bom + 6 dias

Cs Edema 2º Gr

Rx: Fx ULNA (E), SIMPLES, EM ESPIRAL, COM BOM CONTATO ÓSSEO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
(1) GESSO AXILOPALMAR NO MSE			
(2) DIPIRONA 1g +ADIV		12:20	
(3) TILATIL 40mg +ADIV			
(4) ATESTADO 60 DIAS		4º	
(5) RECEITAS			
(6) ENCAMINHO AO AMBULATORIO			

Dr. Danilo Lima Pereira Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 5475

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 01/10/2019
SAME / ARQUIVO

***SAÍDA:** (X) **Decisão médica** ( ) **Transferido** ( ) **Evasão** ( ) **Óbito** ( ) **Interna:** *(Preencher Nº PROC)*

CID S52.2 **Proc.**_____ **Data:**___/___/19. **Hr:**___:___ **Médico:**_____ *(Assinar e Carimbar)*

*Gerado via SX por JOSE MARIA DA SILVA. Impresso em 29 de Setembro de 2019.

VÍTIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JAILSON FRANCELINO LOPES

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF
2404320538 58 MOSSORÓ RN

CPF
017.011.574-70

DATA NASCIMENTO
24/04/1996

FILIAÇÃO
JOÃO MARIA FRANCELINO DE ALMEIDA
FRANCISCA JÚLIA LOPES DE ALMEIDA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
06463103498

VALIDADE
13/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL
MOSSORÓ, RN

DATA EMISSÃO
19/09/2016

04769237161
RN702476459

DETRAN RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1290328912

PROIBIDO PLASTIFICAR

1290328912

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO: 31/07/2018

REGISTRO GERAL: 003.031.066

NOME: LUCIVALMI FERREIRA DINIZ

FILIAÇÃO: JOSAFA FERREIRA DINIZ
MARGARIDA FELIPE DA CONCEIÇÃO DINIZ

DATA DE NASCIMENTO: 30/10/1989

NATURALIDADE: FELIPE GUERRA RN

DOC. ORIGEM: CERT. DE NASCIMENTO L-09 F-21 RG-4486
FELIPE GUERRA RN-CARTORIO UNICO CARTORIO

2a. VIA

CPF: 092.078.374-30

ASSINATURA DO DIRETOR GERAL
LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - R

POLEGAR DIREITO

Lucivalmi Ferreira Diniz
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÍTIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JAILSON FRANCELINO LOPES

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF
2404320538 58 MOSSORÓ RN

CPF
017.011.574-70

DATA NASCIMENTO
24/04/1996

FILIAÇÃO
JOÃO MARIA FRANCELINO DE ALMEIDA
FRANCISCA JÚLIA LOPES DE ALMEIDA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
06463103498

VALIDADE
13/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL
MOSSORÓ, RN

DATA EMISSÃO
19/09/2016

04769237161
RN702476459

DETRAN RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1290328912

PROIBIDO PLASTIFICAR

1290328912

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014528997793

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00967480094		2019

NOME: JAILSON FRANCELINO NEPAS

CPF / CNPJ	PLACA
017.011.874-70	HYJ4A26

PLACA ANT / UF	CHASSI
HYJ4D26 / CE	9C2JC30708R177023

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVEL	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN	2008	2008

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

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
R$ 0.00	24/05/2019	1ª ISENTO
		2ª ISENTO
		3ª ISENTO

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
002812 [illegible]	R$ [illegible]

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO			

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JC30E7817 7023

MOSSORÓ/RN — DATA: 02/07/2019

Carlos Silvestre da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DPVAN-RN

CONTRAN

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

RN Nº 014528997793 | BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	02/07/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	017.011.874-70	HYJ4A26

RENAVAM	MARCA / MODELO
00967480094	HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.	CAT. TNE	Nº CHASSI
2008	9	9C2JC30708R177023

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO (R$)

PAGAMENTO: [ ] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200053963 **Cidade:** Governador Dix-Sept Rosado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON FRANCELINO LOPES **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ANTEBRAÇO- DIAFISÁRIA DE ULNA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: DOR AOS ESFORÇOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE LEVE INTENSIDADE.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jailson Francelino Lopes

NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Separador

IDENTIDADE: 2404320538 68 CPF: 017.011.574-70

ENDEREÇO: Vi chico Mendes 55 Tres Maria

OUTORGADO

NOME: Lucivaldo Ferreira Diniz

NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Autonomo

IDENTIDADE: 003.031.066 CPF: 092.078.974-90

ENDEREÇO: Vi chico Mendes 55 Tres Maria

NOME DA VÍTIMA: Jailson Francelino Lopes

DATA DO ACIDENTE: 29/09/19 COBERTURA: Invalidez

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.

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

Mossoro 14/10/2019
LOCAL E DATA

Jailson Francelino Lopes
ASSINATURA DO OUTORGA
(RECONHECER FIRMA POR AUTEN

Cartório Quarto Ofício de Notas de Mossoró-RN
Rua Jerônimo Rosado, 74 - Titular: MARIA LUCIVAM FONTES SILVA AZEVEDO, Cont.: (84)3324-4610 cartorio4mossoro@hotmail.com
RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: JAILSON FRANCELINO LOPES (017.011.574-70)
Confira em: https://selodigital.tjrn.jus.br/
Selo Digital: RN20190094193001843 02FQW
Mossoró-RN, 14 de outubro de 2019 08:36
DOUGLAS FONTES DE MELO - Substituto
Dr. Douglas Fontes
Emol: 2,80 ISSQN: 0,14
AA873985

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jailson Francelino Lopes

NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Separador

IDENTIDADE: 2404320538 68 CPF: 017.011.574-70

ENDEREÇO: Vi chico Mendes 55 Tres Maria

OUTORGADO

NOME: Lucivaldo Ferreira Diniz

NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Autonomo

IDENTIDADE: 003.031.066 CPF: 092.078.974-90

ENDEREÇO: Vi chico Mendes 55 Tres Maria

NOME DA VÍTIMA: Jailson Francelino Lopes

DATA DO ACIDENTE: 29/09/19 COBERTURA: Invalidez

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.

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

Mossoro 14/10/2019
LOCAL E DATA

Jailson Francelino Lopes
ASSINATURA DO OUTORGA
(RECONHECER FIRMA POR AUTEN

Cartório Quarto Ofício de Notas de Mossoró-RN
Rua Jerônimo Rosado, 74 - Titular: MARIA LUCIVAM FONTES SILVA AZEVEDO, Cont.: (84)3324-4610 cartorio4mossoro@hotmail.com
RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: JAILSON FRANCELINO LOPES (017.011.574-70)
Confira em: https://selodigital.tjrn.jus.br/
Selo Digital: RN20190094193001843 02FQW
Mossoró-RN, 14 de outubro de 2019 08:36
DOUGLAS FONTES DE MELO - Substituto
Dr. Douglas Fontes
Emol: 2,80 ISSQN: 0,14
AA873985

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044552/20

Vítima: JAILSON FRANCELINO LOPES

Data do acidente: 29/09/2019

CPF: 017.011.574-70

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON FRANCELINO LOPES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCIVALDO FERREIRA DINIZ : 092.078.974-90

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

JAILSON FRANCELINO LOPES : 017.011.574-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 31/01/2020 Nome: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ CPF: 092.078.974-90	Data do cadastramento: 31/01/2020 Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA CPF: 021.292.004-94
LUCIVALDO FERREIRA DINIZ	GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470788/19

Vítima: JAILSON FRANCELINO LOPES

Data do acidente: 29/09/2019

CPF: 017.011.574-70

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON FRANCELINO LOPES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCIVALDO FERREIRA DINIZ : 092.078.974-90

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

JAILSON FRANCELINO LOPES : 017.011.574-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 27/12/2019	Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ	Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 092.078.974-90	CPF: 021.292.004-94
LUCIVALDO FERREIRA DINIZ	GERCIA LOURENCO DA SILVA