



Número: **0812889-31.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE JUNIOR JANUARIO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60428041	22/09/2020 08:45	2752408_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação



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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213397

Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JUNIOR JANUARIO

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

Carta nº 15864557

Pag. 01219/01220 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213397

Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JUNIOR JANUARIO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JOSE JUNIOR JANUARIO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003064**

Conta: **000006468-7**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Ass do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 049 652 844-02 4 - Nome completo da vítima: José Junior Jomuro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSSEF Nº 415/2012

5 - Nome completo: José Junior Jomuro 6 - CPF: 049 652 844-02
7 - Nascimento: 10/05/1982 8 - Endereço: 51 Lagoa 9 - Número: 58 10 - Complemento: -Losa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Motadour 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-000
15 - E-mail: Nôe Petani 16 - Tel (DDD): (84) 99824 0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (344) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (109)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 6468 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito do titular) (Informar o dígito do titular) (Informar o dígito do titular) (Informar o dígito do titular)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.254/74), uma vez que:
- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o ressarcimento 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, que necessitará, se possível, da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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 teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo)

38 - 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Motadour RN 10/06/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Junior Jomuro

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PS.001-V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044946/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 10:27 Data/Hora Fim: 20/09/2019 10:46
Origem: Data: 20/09/2019
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 18:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Estrada da Alagoinha

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Motivo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ JUNIOR JANUÁRIO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Jucurutu Sexo: Masculino Naso: 21/03/1983
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Francisca Januário Barbosa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 049.652.844-02

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Sítio Lagado
Complemento: Alagoinha
Bairro: Zona Rural
Telefone: (84) 99895-7154 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 049.652.844-02	Placa MYP1F26
Renavam 00929530683	Número do Motor E382E-135079
Número do Chassi 9C6KE092070136585	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125K
Modelo YAMAHA/YBR 125K	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 07/01/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 20/09/2019 10:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044946/2019

Nome Envolvido

José Junior Januário

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que conduzia a sua moto quando perdeu o controle ao passar por um buraco de asfalto localizado na via, vindo a sofrer queda da sua motocicleta; Que foi encaminhado por um familiar, Sr. Antônio Raimundo Januário, no carro ao HRTM; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não houve representação criminal; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Heider Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Polícia
Matrícula 1990205

Responsável pelo Atendimento

José Junior Januário

(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) responsável pelas informações acima constantes e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento previsto nos Artigos 339-Deturcação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado da Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Heider Emerson Nogueira Jerônimo
Data de impressão: 20/09/2019 10:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 08:45:20

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092208451823200000057982014>

Número do documento: 20092208451823200000057982014

Num. 60428041 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do contrato ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

049 652 844-02 Jozel Junior Jomucio

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

5 - Nome completo:

Jozel Junior Jomucio

6 - Profissão:

Pedreiro

7 - Endereço:

51 Logradouro

8 - Bairro:

Zona Rural

9 - Cidade:

Montador

10 - E-mail:

Não Possui

11 - CPF:

049 652 844-02

12 - Número:

58

13 - Complemento:

2050

14 - CEP:

556 00-001

15 - Tel. (DDD):

(84) 99824 0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 efeitos de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO NA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (003)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0064

CONTA:

6468

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicitado 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 que submeto à análise médica processual, cujo necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 19.474.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheira(o):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou netos/netas (vivos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir):

38 - 39 - Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha:

40 - 41 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

42 - Local e Data: MONTADOR RN 18/06/2020

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jozel Junior Jomucio

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

45 - 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:	25/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JUNIOR JANUARIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000006468-7

Nr. da Autenticação 179C48D70D9418D8



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOS, 150, BALDO
NATAL RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria: 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços 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!
ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER

DATA DE VENCIMENTO
26/02/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

037833770

CONTA CONTRATO
7003816480

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

SI LAGEDO 58 CS- -ZONA RURAL/AREA
RURAL -59600-001 MOSSORO RN -

TOTAL A PAGAR
R\$ 98,50

PERÍODO CONSUMO

20/01/2020 a 17/02/2020

CONSUMO

0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 14,44

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7003816480

MÊS/ANO

02/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 98,50

VENCIMENTO

26/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

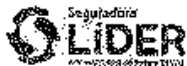
Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838000000009 985000384077 003816480200 013360192639



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-3596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidente: 0800 021 91 33

Eu, Rezimeire da Silva Xavier

RG nº 002.601.553

data de expedição 24/04/16

Órgão SSP RN

CPF nº 089.934.004-04

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/Prça)	<u>51 Logeado</u>
Número	<u>51</u>
Apto/Complemento	<u>lobo</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Motobate</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59600-001</u>
Tel. de contato	<u>(84) 33824 0066</u>
E-mail	<u>Não possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Motobate RN 08/06/20

Rezimeire da Silva Xavier

Assinatura do Declarante





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 24h/24h de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Canais e regiões metropolitanas: 4020-3386 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | **SAC (para denúncias de irregularidades): 0800 022 12 06** | **Central Operadora: 0800 021 91 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/BIBLIOTECABR/DOCONGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste Formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.131/98.

Pelo exposto, eu Rosimeire da Silva Xavier
inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.934.004-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Junior Jonuário inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.652.844-02
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Junior Jonuário
inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.652.844-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recusar Renda: Recusar e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>51 Logradouro</u>	Número: <u>58</u>	Complemento: <u>lago</u>
Bairro: <u>zona Rural</u>	Cidade: <u>Ubatuba</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: <u>Ubatuba</u>	CEP: <u>59600-003</u>	Tel (DDD): <u>(81) 35824-0066</u>

Local e Data: Ubatuba RJ 08/06/20

Rosimeire da Silva Xavier
Assinatura do Declarante

DEPL-001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 61770 /2019
Admissão: 18/09/2019 19:28:19

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 49499 - JOSE JUNIOR JANUARIO (36 a 5 m 28 d)
Nascimento: 21/03/1983 Natural: JUCURUTU, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 706807297278420 CPF: 04965284402 Prof.:
Mãe: FRANCISCA JANUARIO BARBOSA Pai: FRANCISCO JANUARIO FILHO
Logradouro: ALAGOINHA, 58 Cidade: MOSSORO
CEP: 59649899 Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORO
Telefone: 84.98957154 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REGULADO
*Empresa:

OBS: DEU ENTRADA POR MEIOS PRÓPRIOS

Classificação:						PESO:		
18/09/2019 19:24:00								
HORA	P.A.	HGT	SaO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow
			97			83		RTS

HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, ECG 15, ORIENTADO, REFERINDO DOR EM MSE COM DEFORMIDADE EM PUNHO. NEGA OUTRAS QUEIXAS
Hora: 19:40

Paciente vítima de queda de moto há aprox 40 min, refere uso de capacete, nega náuseas e vômitos. Nega uso de álcool. Nega HAS e DM. Nega alergias medicamentosas.

- A. vias aéreas patentes, sem cervicalgia.
- B. MU@ vital, simétrico sem RA, sem engrossamento subcutâneo; SpO_2 : 97%.
- C. pulsos perif. (+), FC: 85
- D. T₂: pupilas isocôricas e fotorecogíveis
- E. g₂/luxação de punho E? com dor, edema, limitação de movimento.
- Abd: gláudo, sem sinais de irritação peritoneal
- CD: Rx de punho E
- parar da ortopedia
- Alta da cirurgia

Dr. Renato Perceira
UNBLOQUE
CRM/RN 81.21

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA HORÁRIO ASSINT.

o Voltar F54 - DIA - p. em casa

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAMS MOSSORO
SAMS ARQUIVO

KELLENTE GURGEL
ORFEDOR & TRAMATOLOGIA
CRM/RN 81.21

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

CID Proc Data: / /19. Hr: : Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 18 de Setembro de 2019.

Carimbar

(Assinar e





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

As PAM
or pedi

Prof. Sides

ab tel @ 51 drs

Corpe / 15 dias

KEILERTE GURCEL
CROQUISTAS TRAUMATOLOGIA
CRM 191.6764 TECT 14206

18/09/20



Ork notes - 18/07/19 21C.

Ident note h & off. from -

Paul (E)

Mr Prof. notes Mr L. (E) 51 years

65 years Arab (E)

ATA 17 dec.

Mr (E)

to 1/1/19

KELEITE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 191.878 TECT 142005

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO N. A.
ESTA CONFORME O ORIGINAL
NOME MOSSORO
18/09/19
BAME / ARQUIVO





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário 69

FICHA DE REFERÊNCIA

DT: 21/03/1983

Unidade de Origem: Elia Honorato Bezerra Município: Mossoró
Paciente: Jose Junior Jansuino
Endereço: São João
Idade: 36 Anos Sexo: M (X) F () Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

Resumo Clínico: Exame físico e de laboratório em 20/09/19
de 19/09/19. O mesmo foi encaminhado para o serviço de
diagnóstico de PAM. para consulta especializada
O mesmo foi encaminhado para o serviço de diagnóstico

Resultado de Exames:

Tratamento já realizado

Impressão diagnóstica

20.09.19
DATA

PROFISSIONAL

Encaminhamento para a especialidade: AGENDADO
ortopedista e traumatologista
Consulta marcada para a unidade: PAM Município: Mossoró
Para o Dr.: Rodrigo Joles às 07:00 Horas do dia 17/10/2019
Ch. 96707 Cod: 310441962

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Observações: _____

DATA

PROFISSIONAL

Garantida a continuidade da assistência integral do paciente (Prontuário Nº _____)
Oriente-o para retornar a Unidade de Origem: _____ Município: _____



VITIMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADANES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

IDENTIFICACAO

1157754190

00319618714

29/05/2021

09/06/2016

26090867015

RN702414487

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - DN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: 0092950683

DATA: 17/03/2020

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

0092950683

DETRAN

CONTINUA

RN

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

RN Nº 015510162507 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 17/03/2020

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PLACA 049 652 844-02

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.000/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213397 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO. PG. 2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213397 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO. PG. 2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Junior Jomais, brasileiro (a),
Estado civil: casado, Profissão: Pedreiro, Data do Acidente 18/09/19
Cobertura Invalida, Portador (a) do RG 002316312, Órgão Expedidor:
SSP RN e do CPF: 049.652.844-02 residente no(a) Sítio
Logeado
Bairro Zona Rural, Município: Marabá, nº 58, RN

OUTORGADO:

Nome: Rosimeire do Silva Xavier, brasileiro (a),
Estado Civil: casado, Profissão: Agricultora
Portador (a) do RG: 002.601.553, Órgão Expedidor: DEP RN
E do CPF: 029.234.004-04, residente no(a)
Sítio Logeado
Bairro: Zona Rural, Município: Marabá, Nº 58, RN

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

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

Marabá RN 15/06/2020
Local e data

Jose Junior Jomais
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165583/20

Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO

Data do acidente: 18/09/2019

CPF: 049.652.844-02

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE JUNIOR JANUARIO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER : 089.934.004-07

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

JOSE JUNIOR JANUARIO : 049.652.844-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/06/2020
Nome: ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER
CPF: 089.934.004-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER

GERCIA LOURENCO DA SILVA

