



Número: **0800479-70.2020.8.20.5160**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Upanema**

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AURELIANO FILHO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60425375	22/09/2020 07:28	2752660_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, 09 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200203970

Vítima: JOSE AURELIANO FILHO

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE AURELIANO FILHO

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,

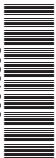
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15844671

Pag. 01615/01616 - carta_01 - INVALIDEZ

00010808





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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200203970

Vítima: JOSE AURELIANO FILHO

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAMIAO FAUSTO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AURELIANO FILHO

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE AURELIANO FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000087318-4

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



LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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

2 - Nome do segurado ou ASIL: **020-390494-01** 3 - CPF do segurado: **020-390494-01** 4 - (Caso completo da vítima): **João Aureliano Filho**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **João Aureliano Filho** 6 - CPF: **020-390494-01**
 7 - Profissão: **Agente de Segurança** 8 - Endereço: **Palheiros** 9 - Número: **144** 10 - Complemento: **202**
 11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **Uporanga** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59640-000**
 15 - E-mail: **Não Possui** 16 - Tel. (DDD):

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:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ REQUERER INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR OU CURADOR)
☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para menores de idade. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (344)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)
 AGÊNCIA: **0560** CONTA: **84318** 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não há impedimento de emissão de 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 ressarcimento do prêmio 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 não submeter a análise médica presencial, caso necessário, no caso de apresentação de Laudo do IML para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes de natureza de invalidez permanente por invalidez, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa aceitação ou concordância com o limite avaliado médico no momento do contato e o avaliado médico, caso discordar do seu diagnóstico.

DECLARAÇÃO DE UNICA VÍTIMA - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Causa da morte da vítima: ☐ Acidente de trânsito ☐ Outra

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

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou com o beneficiário: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou com o beneficiário: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou com o beneficiário: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que o Segurador LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas nos casos em que eu apresentar e provar que esta condição, estando eu, ainda, de qualquer modo, não se trata de declaração não verdadeira para a utilização do seguro de vida e a indenização, ainda, da indenização devida pelo seguro de vida.

34 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir): 35 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir): 36 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir): 37 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir):

38 - Local e Data: **Uporanga RN 23/05/20** 39 - Assinatura da vítima/beneficiário (deleite): **João Aureliano Filho** 40 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **João Aureliano Filho**

41 - Assinatura do Principal (se houver):







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação da sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001021966 1.2 Data de Expedição: 29/05/2020 10:28:35
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 28/01/2020 00:20:00 2.2 Logradouro: SI TRAPIAR
2.3 Número: SN 2.4 CEP:
2.5 Complemento: 2.6 Ponto de Referência:
2.7 Bairro: ZONA RURAL 2.8 Cidade: AÇU
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE AURELIANO FILHO 3.2 Estado civil: Divorciado(a)
3.3 Etnia: PARDO 3.4 Pai: JOSE AURELIANO BEZERRA
3.5 Mãe: FRANCISCA EMILIA BEZERRA 3.6 Data de Nascimento: 30/03/1965
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: 539792 - 18/03/2015
3.9 CPF: 02039049401 3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: CAMPO GRANDE
3.13 Profissão: AGRICULTOR 3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM
3.15 Telefone(s): 84 90779082 3.16 Logradouro: SI PALHEIROS
3.17 Número: 144 3.18 CEP: 59870000
3.19 Bairro: ZONA RURAL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

Eu vinda do SI TRAPIAR, no sítio de casa, com a moto carregada de peixe que eu tinha ido vender. Quando darrepente um animal de origem boia atravessou no meio da estrada, fazendo com que eu não desequilibrasse e sofresse um acidente, ficando com varias sequelas. Foi socorrido por populares que não encaminharam para a unidade hospitalar (HRTM)

TIPO DE VEÍCULO: MOTOCICLETA

PLACA: MXJ3687

RENAVAN: 720597145

MODELO E MARCA: HONDA/CG 125 TITAN

NOME DO PROPRIETÁRIO: JOSE GALCINO SILVA NETO

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JOSE AURELIANO FILHO

Data: 29/05/2020 11:47:57

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A DP DE ASSU-RN



Atendimento: 1691388 - WELLINGTON ALVES

Impresso por WEB em 29/05/2020 13:56:18

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENIMENTARES)	☒ INVALIDEZ PERMANENTE	☐ MORTE
2 - Nº do Registro do ASL:		3 - CPF do Vítima: 020390494-01		
4 - Nome completo da vítima:		5 - Rinsse completo da vítima: Jéssica Auxeliane Filho		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 50/CEP, Nº 046/2015				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		7 - Data de Nascimento:
Jéssica Auxeliane Filho		020390494-01		10/05/1994
8 - Profissão:		9 - Endereço:		10 - Complemento:
Agricultor		51, Palmeiras		1474
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:
Zona Rural		Uporanga		RN
14 - E-mail:		15 - CEP:		16 - Tel. (DDD):
N/A		59640-000		0000
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO TAMBÉM ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:				
19 - Profissão do Representante Legal:				
Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, sob pena de comprovante unido (ANEXAR CÓPIA):				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
☒ SEM RENDA				
☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00				
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00				
☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00				
☐ ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:				
☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO				
☐ REPRESENTANTE LEGAL/BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
☒ CONTA POLPANÇA (Somente para quem não possui conta corrente)				
☐ CONTA CORRENTE (Somente para quem possui conta corrente)				
Nome do Banco:				
Banco do Brasil (001) Banco Econômico Federal (004)				
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 89318				
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização, sob pena de comprovação unida (ANEXAR CÓPIA).				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IMIL - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não há impossibilidade de apuração do fato de fato do Instituto Aécio Legal (IAEL) para os fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.184/74), uma vez que:				
a) Não há IMIL que atenda a região de acidente ou da minha residência; ou				
b) O IMIL que atende a região de acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou				
c) O IMIL que atende a região de acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Solicito o reconhecimento de acidente do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IMIL, concordando, desde já, em não solicitar a análise médica presencial, caso necessária, após a emissão do Seguro DPVAT, com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.184/74.				
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de sua conclusão.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:				
☐ Solteiro				
☐ Casado (ou civil)				
☐ Divorçado				
☐ Separado judicialmente				
☐ Viúvo				
24 - Grau de Parentesco com a vítima:				
25 - Vítima deixou companheiro(a):				
☐ Sim				
☐ Não				
26 - Vítima deixou filhos?				
☐ Sim				
☐ Não				
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima deixou filhos?				
☐ Sim				
☐ Não				
29 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
30 - Vítima deixou filhos?				
☐ Sim				
☐ Não				
31 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
32 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
33 - Vítima deixou filhos?				
☐ Sim				
☐ Não				
34 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
35 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
36 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
37 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
38 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
39 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
40 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
41 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
42 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
43 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
44 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
45 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
46 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
47 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
48 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
49 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
50 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
51 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
52 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
53 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
54 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
55 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
56 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
57 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
58 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
59 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
60 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
61 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
62 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
63 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
64 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
65 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
66 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
67 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
68 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
69 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
70 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
71 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
72 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
73 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
74 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
75 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
76 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
77 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
78 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
79 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
80 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
81 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
82 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
83 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
84 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
85 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
86 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
87 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
88 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
89 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
90 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
91 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
92 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
93 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
94 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
95 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
96 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
97 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
98 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
99 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				
100 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo:				

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

IPS.001/0002/2019

40 - Local e Data:

Uporanga RN 28/05/20

Assinatura do beneficiário (declarante)

Assinatura do testemunha



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:	18/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AURELIANO FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000087318-4

Nr. da Autenticação 67185C97F884C2FD



COSERN

Companhia Energética de São Paulo S.A.
Rua Mirim, 190, São Paulo, SP - CEP 04225-000
CNPJ 04.324.999/0001-81 | Insc. Est. 20.581.679-1 | www.cosern.sp.gov.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE AURELIANO FILHO

CPF 020.390.404-01

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
Rural

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S: PALMEIRAS 144

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
URBANA/RURAL
- 59670-200

04/10/2019	UNICA	120042720
12/05/2020	3112217034	1660129

7001868734	05/2020
19/05/2020	10/06/2020
16,87	

Consumo Normal (TUSO)
Consumo Abonado (TUE)
Multa por atraso NF 040138287 - 1200420
Juros por atraso NF 040138287 - 1200420
Atualização IEPH NF 040138287 - 1200420

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
20.000000	0,26613571	5,32
20.000000	0,26613422	5,32
		0,68
		0,68
		16,87

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Atual	Atual	Atual	Atual	Atual	Atual
040138287	040138287	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Atual	Atual	Atual	Atual	Atual	Atual
040138287	040138287	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00	1528,00

COSERN

Companhia Energética de São Paulo S.A.
Rua Mirim, 190 - São Paulo, SP - CEP 04225-000
CNPJ 04.324.999/0001-81 | Insc. Est. 20.581.679-0 | www.cosern.sp.gov.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S: PALMEIRAS 144

DADOS DO CLIENTE
JOSE AURELIANO FILHO

CPF 020.390.404-01

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
Ressidência

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
URBANEVA S/N
- 59670-200

04/10/2019	UNICA	120042720
12/05/2020	3112217034	1660129

7001868734	05/2020
19/05/2020	10/06/2020
16,87	

Consumo Normal (Watt) TUSD
Consumo Abnormal (Watt) TE
Multa por atraso NF 040138287 - 15/04/20
Juros por atraso NF 040138287 - 12/04/20
Atualização IEPH NF 040395557 - 13/04/20

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
20.000000	0,26613571	9,01
20.000000	0,26613422	7,55
		0,68
		0,08
		16,87

TOTAL DA FATURA

ÍNDICE	Tipo da Função	Anterior	Atual	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
040138287	040138287	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20

Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
040138287	040138287	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20	15/04/20



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 identidades e prêmios, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-022 91 40 / Outras regiões: 0800-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 91 40 | SAC (para identidades e prêmios, de segunda-feira a sexta-feira): 0800-022 12 04 | Central Operadora: 0800-021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www.z.susep.gov.br/bib/011CORWEB/DOC/ORIGINAL/ATRAS7700-12/001010-29000>

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 da pessoa, 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AERTEIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CONAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, ACQUIRIR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.134/98.

Pelo exposto, eu

Dominos Faustino da Silva

Inscrito(a) no CNP/CPF 025.652.914 / 00

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

Jose Aureliano Filho

Inscrito(a) no CPF sob o nº 020.390.494 / 01

do sinistro, do DPVAT cobertura

Invalididez

da vítima

Jose Aureliano Filho

Inscrito(a) no CPF sob o nº 020.390.494 / 01

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Recusou

Renda:

Recusou

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 250 do Código Penal.

Endereço:

51, Polheiras

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Upanema

E-mail:

Upanema

Número:

344

Estado:

RN

Complemento:

lote

CEP:

59670-000

Tel. (DDD):

(84) 998240066

Local e Data:

Upanema RN 29/05/2020

Dominos Faustino da Silva

Assinatura do Declarante

01/09/2021 0001/2021





PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DE SAÚDE "RAIMUNDO N. CÂNDIDO"

RECEITUÁRIO

Encaminhamento

Encaminhado o paciente José
Aureliano Filho, 64 anos, com
anexa de dor + edema em
pé D após queda de moto.
Sem história de perda de
consciência ou vômito, wpl
orientado ECC=15, pupilas iso-
côricas, ptose esquerda
HTA = hipertensão de pé D

7/10/2020

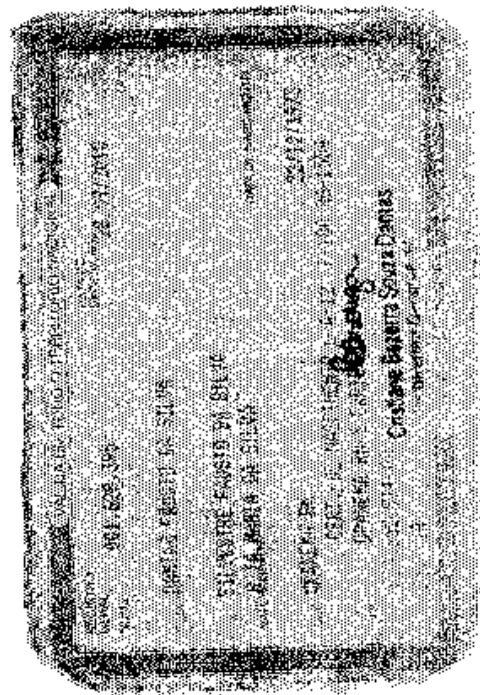
Denis Sampaio
Médico
CRM 107.020
(Médico)

Encaminhado do
setor de ortopedia
para o UBCM

Rua Manoel Gonçalves, 145, centro, Upanema/RN.

Ass: Reginaldo da Silva





▼ Dados do Veículo de placa MXI3667						Em 29/05/2020 10:24:06	
Placa MXI3667	Renavam 720597145	Placa Anterior MXI3667/RN	Tipo 4-MOTOCICLETA		Categoria 1-Particular	Espécie 1- Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 002803-HONDA/CG 125 TITAN(Nacional)		Fabricação/Modelo 1999/1999	Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 2-AZUL	Carroceria 999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário JOSE GALDINO DA SILVA NETO					Recadastrado DETRAN DetranNet		
Proprietário Anterior SEVERINO BERNARDO DE O JUNIOR					Situação Lacre REGULAR modelo antigo		
Município de Emplacamento NATAL		Licenciado até 2003 em 03/09/2003, Licenciamento Anual on-line (CRLV emitido por EUDMAC)(Via 1)			Adquirido em 27/09/1999	Situação Em Circulação	
Restrição à Venda Alienação Fiduciária em favor de ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA					Sequência 288777		
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame Registro de Baixa de Alienação Fiduciária informado por CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA em 08/06/2005 às 18h03min para JOSE GALDINO DA SILVA NETO							
Impedimentos Nenhum impedimento registrado até esta data							
▼ Listagem de Débitos							
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)		Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)		
Licenciamento Anual 2006		3111234.9.006365793	12/05/2006	60,00	174,59		
Licenciamento Anual 2004		3111234.9.007545621	10/05/2004	44,00	142,49		
Licenciamento Anual 2005		3111234.9.021044419	10/05/2005	44,00	135,55		
Licenciamento Anual 2007		3111234.9.023724469	08/05/2007	60,00	166,67		
Licenciamento Anual 2008		3111234.9.028189336	06/05/2008	60,00	159,46		
Licenciamento Anual 2009		3111234.9.031916652	05/05/2009	60,00	151,93		
Licenciamento Anual 2010		3111234.9.035872137	13/05/2010	60,00	144,73		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2010		9.00035872138	13/05/2010	259,04	259,04		
Licenciamento Anual 2011		3111234.9.040243461	10/05/2011	60,00	137,53		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2011		9.00040243462	10/05/2011	279,27	279,27		
Licenciamento Anual 2012		3111234.9.045031552	29/05/2012	60,00	130,28		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2012		9.00045031553	29/05/2012	279,27	279,27		
Licenciamento Anual 2013		3111234.9.050117727	28/05/2013	60,00	123,08		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2013		9.00050117728	13/06/2013	292,01	292,01		
Licenciamento Anual 2014		3111234.9.056696778	06/05/2014	60,00	115,89		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2014		9.00056696779	05/06/2014	292,01	292,01		
Licenciamento Anual 2015		3111234.9.063942982	06/05/2015	60,00	108,66		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2015		9.00063942983	08/06/2015	292,01	292,01		
Licenciamento Anual 2016		3111234.9.071565458	03/05/2016	60,00	100,83		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2016		9.00071565459	08/06/2016	292,01	292,01		
Licenciamento Anual 2017		3111234.9.080190706	18/05/2017	60,00	93,00		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2017		9.00080190707	07/06/2017	185,50	185,50		
Licenciamento Anual 2018		3111234.9.089525173	13/08/2018	90,00	126,00		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2018		9.00089525174	04/06/2018	185,50	185,50		
Licenciamento Anual 2019		3111234.9.099620968	06/05/2019	90,00	117,89		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2019		9.00099620969	14/05/2019	84,58	84,58		
Taxa Bombeiros - Motos 2019		3147908.9.108162874	06/05/2019	15,00	15,00		
Licenciamento Anual 2020		3111234.9.113142215	06/05/2020	90,00	97,11		
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2020		9.00113142216	13/05/2020	12,30	12,30		
Taxa Bombeiros - Motos 2020		3147908.9.113142224	06/05/2020	15,00	15,00		
Total dos Débitos				R\$ 3.561,50	R\$ 4.709,19		
Taxas Detran 2.255,69		Seguro DPVAT 2.453,50		IPVA 0,00	Multas 0,00		
▼ Infrações em Autuação							
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.							
▼ Listagem de Multas							
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.							
▼ Último Processo							
Processo 21001124/2000	Interessado JOSE GALDINO		Início em 10/05/2000 às 10h03min				
Situação Encerrado			Final em 08/01/2003 às 11h43min				
Serviço			Execução em				
Baixa de Alienação Fiduciária			Em 10/05/2000 às 10h03min por TEREZI				
Transferência de Propriedade			Em 10/05/2000 às 10h03min por TEREZI				
Alienação Fiduciária			Em 10/05/2000 às 10h04min por TEREZI				



Gerção de guia de pagamento	Em 10/05/2000 às 10h05min por TEREZI						
Auditoria	Em 07/01/2003 às 16h04min por EDINOR						
Emissão CRV(1ª via)	Em 07/01/2003 às 16h06min por LIEGE						
▼ Recurso de Infração							
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.							
► Histórico de Impedimentos							
Impedimento	Outorgante	Motivo	Observação	Data Limite	Data Apreensão	Situação	Data Inclusão
Apreensão			5010 -		31/12/2002	Baixado em 07/01/2003 por PINHEI	02/01/2003 Por NUBITA

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

⏪ Voltar



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200203970 **Cidade:** Açu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AURELIANO FILHO **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Antelione Filho, brasileiro(a),
estado civil: Divorciado, Profissão: Agricultor, Data do Acidente: 26/01/20
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 539.792, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 000.390.494-01, residente no(a)
51 Polheiras, nº 444,
bairro: Zona Rural, município: Uporrema, / RN.

OUTORGADO:

Nome: Domicio Fauto da Silva, brasileiro(a)
estado civil Solteiro, Profissão: Agricultor, portador(a) do RG
001.628.395, órgão expedidor Bap RN do CPF: 005.652.914-00, residente
no(a) 51 Polheiras, nº 444,
bairro: Zona Rural, município: Uporrema, / 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.

Uporrema RN 29/05/2020
Local e Data

João Antelione Filho
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158621/20

Vítima: JOSE AURELIANO FILHO

Data do acidente: 26/01/2020

CPF: 020.390.494-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AURELIANO FILHO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DAMIAO FAUSTO DA SILVA : 025.652.914-00

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

JOSE AURELIANO FILHO : 020.390.494-01

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: 05/06/2020
Nome: DAMIAO FAUSTO DA SILVA
CPF: 025.652.914-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

DAMIAO FAUSTO DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA

