



Número: **0816649-85.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/10/2020**

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	
ANDREA NOGUEIRA COSTA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62608133	10/11/2020 15:53	2764726_CONTESTACAO_Anexo_03	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, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228907

Vítima: ANDREA NOGUEIRA COSTA

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREA NOGUEIRA COSTA

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 15897546





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228907

Vítima: ANDREA NOGUEIRA COSTA

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREA NOGUEIRA COSTA

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 quadril 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: **ANDREA NOGUEIRA COSTA**

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

Banco: **104**

Agência: **00000560**

Conta: **0000074612-3**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200228907 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREA NOGUEIRA COSTA **Data do acidente:** 26/03/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM QUADRIL ESQUERDO + FRATURA INCOMPLETA DO RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 5/6/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

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 LEVE DE QUADRIL 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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 032324224-50 3 - CPF da vítima: 032324224-50 4 - Nome completo da vítima: Andreia Nogueira Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: Andreia Nogueira Costa 6 - CPF: 032324224-50

7 - Endereço: Rua Francisco Lopes de Silva 8 - Número: 101 9 - Complemento: 1050

11 - Bairro: Lagoa do Mito 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59604-040

15 - E-mail: W00.P0000 16 - Tel (DDD): (84) 33824.0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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 do 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 (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (Banco escolhido)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 94632 3

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ 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 à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à 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 necessária, 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 na renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau da 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 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 apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da respectiva sanção criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (se rogar):

35 - CPF legível de quem assina o pedido (se rogar):

36 - Assinatura de quem assina o pedido (se rogar):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (se rogar):

38 - Nome: 39 - CPF:

Assinatura da testemunha

39 - Nome: 40 - CPF:

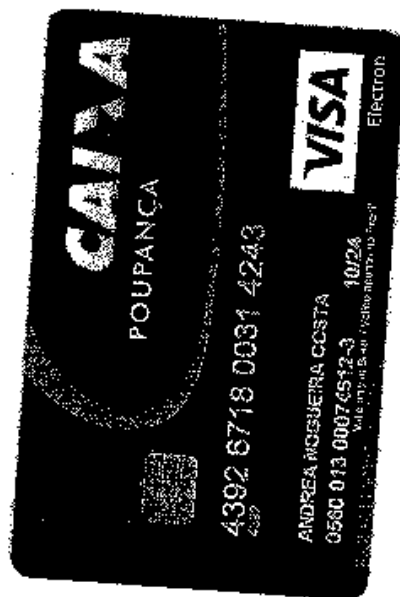
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró RN 10/10/2020

41 - Assinatura da vítima/BENEFICIÁRIO (declarante): Andreia Nogueira Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FP5.001 V002/2019





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 aplicação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta do registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001023444

1.2 Data de Expedição: 03/06/2020 17:37:30

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/03/2020 08:30:00

2.2 Logradouro: AV RIO BRANCO

2.3 Número: SN

2.4 CEP:

2.5 Complemento:

2.6 Ponto de Referência: SOCEL

2.7 Bairro: ALTO DA CONCEIÇÃO

2.8 Cidade: MOSSORÓ

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANDREA NOGUEIRA COSTA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: PARDO

3.4 Pai: MANOEL NOGUEIRA DA COSTA

3.5 Mãe: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

3.6 Data de Nascimento: 23/02/1977

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 RG: 001533378 - SSP RN

3.9 CPF: 03292422450

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.13 Profissão: FAXINEIRA

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.15 Telefone(a): 84 987112553

3.16 Logradouro: FRANCISCO LOPES DA SILVA

3.17 Número: 101

3.18 CEP: 59804040

3.19 Bairro: LAGOA DO MATO

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, MINHA DE MOTO COM A PASSAGEIRA RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA, NA AVENIDA RIO BRANCO NO SENTIDO DO CENTRO, QUANDO VEIO UM CARRO DA RUA NIZA FLORESTA QUE FOI FAZER UM CRUZAMENTO E DE REPENTE BATEU DE FRENTE EM MIM, CHEGUEI A CAIR E TIVE VÁRIAS LESÕES A PASSAGEIRA FICOU DESACORDADA, FOI ACIONADO O SAMU E FORMOS ENCAMINHADO PARA UNIDADE HOSPITALAR (HRTM)

DADOS DO VEÍCULO DO ACIDENTE

TIPO: MOTONETA

PLACA: OKB812Z

RENAVAN: 00567811775

MARCA E MODELO: HONDA / BIZ 125 ES

NOME DO PROPRIETÁRIO: ANDREA NOGUEIRA COSTA

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: ANDREA NOGUEIRA COSTA

Data: 03/06/2020 17:54:28

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO
Impresso por: WEB em 04/06/2020 09:54:22

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 032.924.224-50 4 - Nome completo da vítima: Andréa Nogueira Costa

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

5 - Nome completo: Andréa Nogueira Costa 6 - CPF: 032.924.224-50
7 - Profissão: Examinadora 8 - Endereço: Rua Francisco Lopes de Silva 9 - Número: 101 10 - Complemento: Edson
11 - Bairro: Logan de Mota 12 - Cidade: Motiba 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59604-040
15 - E-mail: Wlao.Petrucci 16 - Tel (DDD): (84) 39824.0066

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:

☒ RECUO INFORMAR ☐ R\$ 1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (109)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0560 ☐ CONTA: 74612 ☐ 3 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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 e dando, desde já e somente após a ativação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.101/74), 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, sem base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em que submeter a análise médica presencial, caso solicitado, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos 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 discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou nascituro (ou recém-nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 33 - Vítima deixou pais/avós? ☐ 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 omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação do ressarcir o valor recebido, além da respectiva sanção criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

40 - Local e Data:

Motiba RN 10/06/20
Andréa Nogueira Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 39 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 28 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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:	06/07/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREA NOGUEIRA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000074612-3

Nr. da Autenticação B12B088A0C49D988



**COSERN**

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

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mariz, 150, Bairro Natal - RN, CEP 51025-260
CNPJ 08.128.196/0001-57 (Prest. Est. 70255/20-4) (www.cosern.rn.gov.br)**DADOS DO CLIENTE**

RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

CPF: 828.762.404-60

CLASSIFICAÇÃO61 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**
RUA FRANCISCO LOPES DA SILVA 101LAGOA DO MATO/ÁREA URBANA
MOSSORÓ/RN
08004-040

0478487010	04/2020
20102-1026	12/05/2020
1303-2030	01/01/1975

0478487010	04/2020
20102-1026	12/05/2020
1303-2030	01/01/1975

Consumo Ativo (KWh): 11,057
Consumo Ativo (KWh): 11,057
Consumo Ativo (KWh): 11,057

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
91,0900000	0,3531773	31,63
93,0000000	0,3207511	30,47
		5,84

TOTAL DA FATURA

87,24

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LITERS	DATA	ATUAL	FECH	CONSUMO	ANTER	CONSUMO (Wh)
20008020	CNT	20/05/2020	05/01		13/04/2020	12,00	12	10000		10,00



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 10/11/2020 15:53:32

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111015533189100000060039166>

Número do documento: 20111015533189100000060039166

**COSERN**

Tabela Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.418, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mariz de Faria, 100, São João - RN, CEP 59035-250
CNPJ 06.324.196/0001-81 | Insc. Est. 02.055.058-0 | www.cosern.com.br**DADOS DO CLIENTE**

RAIMUNDA ZILMEIA DA COSTA

CPF: 828.782.404-59

CLASSIFICAÇÃO
81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MonofásicoENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO LOPES DA SILVA, 101LAVAGEM MATO/ÁREA URBANA
MOSSORÓ SN,
59604-040043/83329 UNCA 13/04/2020
7304/01020 0000218175 48833290478467010 04/2020
20/04/2020 12/05/2020
67,24Consumo Anual (kWh) - TUSD
Consumo / Consumo (kWh) - TE
Contrib. Num. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
83.000,0000	0,33371772	31,83
83.203,0000	0,32875114	30,67
		5,84

TOTAL DA FATURA

67,24

TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	VALOR	CONSUMO (kWh)
01	12/04/2020	602,00	5104,0000	12/04/2020	721,00	80,00	1,0000	80,00





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradolider.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: 4020-1500 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu, Reimundo Zumbido de Costa
RG nº 623.647, data de expedição 17/07/14
Órgão SSP RN, CPF nº 828.762.404-53

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>Rua Francisco Lopes da Silva</u>
Número	<u>101</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Logradouro Novo</u>
Cidade	<u>Mossoro</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59604-040</u>
Tel. de contato	<u>(84) 9983-1066</u>
E-mail	<u>Woo Kellam</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Mossoro RN 10/06/20

Reimundo Zumbido de Costa

Assinatura do Declarante





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

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

Central de Atendimento para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h
Capitais e regiões metropolitanas: 0800.3335 / Outras regiões: 0800.022.33.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800.022.81.81 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800.022.12.06 | Central Ouditoria: 0800.021.91.35

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/BIBLIOTECANET/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

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

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 - CGAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Zumbado Costa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 828.462.404 / 59, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Andressa Nogueira Costa inscrito (a) no CPF sob o nº 032.924.224 / 50
do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Andressa Nogueira Costa
inscrito (a) no CPF sob o nº 032.924.224 / 50 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 a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Leão da Silva</u>	Número: <u>103</u>	Complemento: <u>Costa</u>
Bairro: <u>Logradouro</u>	Cidade: <u>Mafra</u>	Estado: <u>RN</u>
CEP: <u>55604-010</u>	Tel (DDD): <u>(84) 9881-0066</u>	

Local e Data: Mafra RN 10/06/20

Raimundo Zumbado Costa
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6073 /2020

Admissão: 26/03/2020 09:12:36

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 59353 - ANDREA NOGUEIRA COSTA (43 a 1 m 3 d)

Nascimento: 23/02/1977

Natural: MOSSORO BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 03292422450

Prof:

Mãe: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

Pai: MNAOEL NOGUEIRA DA COSTA

Logradouro: FRANCISCO LOPES DA SILVA, 101

CEP: 59604040

Bairro: LAGOA DO MATO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.92100602

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

PESO:

26/03/2020 09:09:55

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		98		20	70		15	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 42 anos, COLISÃO MOTO-CARRO. DOR EM REGIAO LOMBAR E MIE. ESCORIAÇÕES LEVE EM MSD. ORIENTADA. A.A.

Dt e Hora: 03-30

Paciente vítima de colisão moto-carro: infere-se ter sofrido trauma em MIE. Colisão com veículo, orientado, sem ferimentos traumáticos e hemorragias, porém tem forte dor em região lombar e nos membros inferiores e um hematoma em MIE.

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Soluto: de de coluna torácica e lombar.			
Muon: do Murocuniquas.			
- S.F. 99% O2 1.000 ml.		10:20	
- Inletal p. 1.000 ml + ABD EV Aporo.		9:45	
- Obtenção			
aprox 2L + 250 (LV)			
616 H 3/1			
em 26/03/2020 Murocuniquas			
- Inletal 1.000 ml / S.F. 99% O2 1.000 ml			14:30
- Inletal 1.000 ml			14:30

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

CID

Proc.

Data:

/

/20.

Hr:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 26 de Março de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SÁME MOSSORO 15/06/2020
BIM

paciente de 40 anos, masculino, lombalgia.
Ex. físico: B.A. 15, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98, 100.
movimentação MIE (passiva), flex.
lombalgia e dor em MIE
proximal
CD: Aguardo de
análise.

Starlynn Freire dos Santos
NEUROCIRURGIÃO
CRM - 5722-RN / RQE 538

PSEG 27/03/20 10:30 Reavaliação
Paciente com queixa de TRM não consegue mais fazer MIE
queixa de dor e rigidez inguinal exp. Mas não consegue virar
semilidade distal Normal. Sem dor distal ou Tarsal
Aguardando TC de coluna

CD: Alta de Emergência Geral
Sobito Rx Bacia e Art. do Otop
Aguardando TC de coluna e reavaliação do NCE
Sobito de dor vascular aguda
mas se permitir com retenção urinária,
pouco SVD.

Dr. José Carlos Almeida
Neurologista
CRM - 5722-RN / RQE 538

27.3.2020 13:30h

Vítima de acidente de trânsito com lesão grave
fratura de dor em fratura e instabilidade,
e lombos. Mas com fraturas e
instabilidade presentes.
Incapacidade de elevação o MIE pelo dor no joelho
Cd. Rx bacia sem alteração
Sobito TC de coluna torácica e cr. e bacia

Dr. Luís F. C. Nascimento
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 4863

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 15/06/2020

SAME / ARQUIVO



Prontuário: 212652



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANDREA NOGUEIRA COSTA** (Fia: 1519/2020), CPF:03292422450.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 28 de Março de 2020.

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 06/04/20

Assinatura

NÚCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM

DATA 06/04/20

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SÁME MOSSORÓ 15.06.2020

SÁME / ARQUIVO





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **59353 ANDREA NOGUEIRA COSTA**

Prontuário:

CNS: Nascimento: 23/02/1977

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

Pai: MNANOEL NOGUEIRA DA COSTA

Endereço: RUA FRANCISCO LOPES DA SILVA, 101 - LAGOA DO MATO - MOSSORO

Fone: 92100602 /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE:

240800 UF: RN

CEP: 59604-040

Clinica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 429 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

colisao moto

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

dorsalgia

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ag TC

Diagnostico e Procedimento Inicial:

M54.6 DOR NA COLUNA TORACICA *308040015 TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU (

Profissional Solicitante / Assistente:

ROBERTO BEZERRA VITAL

CRM: 9679 / RN

Data da Solicitação 28/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH:

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 15/06/2020

SAME / ARQUIVO



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 10/11/2020 15:53:32

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111015533189100000060039166>

Número do documento: 20111015533189100000060039166



Nome: Anderson Costa Leito: _____

Stefany Freire dos Santos
NEUROCIRURGIÃO
CRM - 5722 RN / RQE 599

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	(1) Dieta BRANCA após liberação da ORT após liberação da UR lateral			
	(2) SF 2,9% 1000 ml (EV) 12/12H		14	02
	(3) Filatril 40g (EV) 12/12H		14	02
	(4) Dip. Rona 12ml + ABQ (EV) 6/6H Fixo		14	02
	(5) Omeprazol 40g (EV) C.D.O.		14	02
	(6) Avaliar ORT			
	(7) Reparo no teste.			
	(8) Observar Bexigona. sua 6/6H S/N			
	(9) Tylenol 50g (NO) 6/6H S/N			
27/12/20	Dieta livre pela ORT			

Santiago Freire dos Santos
 NESPOLURGIAO
 CRM - 5722 RN - RQE 838

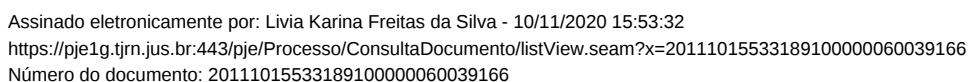
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MATA
 ESTA CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 15/10617020
 131M
 SAMETARQUIVO

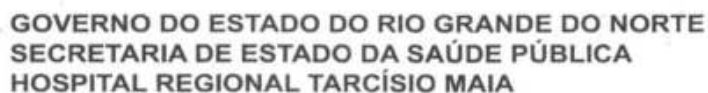
Dr. Luis F. C. Nascimento
 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 CRM - 4862





Nome: Andress N. Costa Leito: _____

[illegible]



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

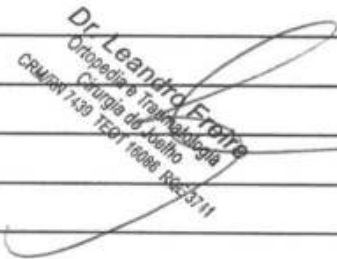
Andree Negreira Costa

Rep for
last 01

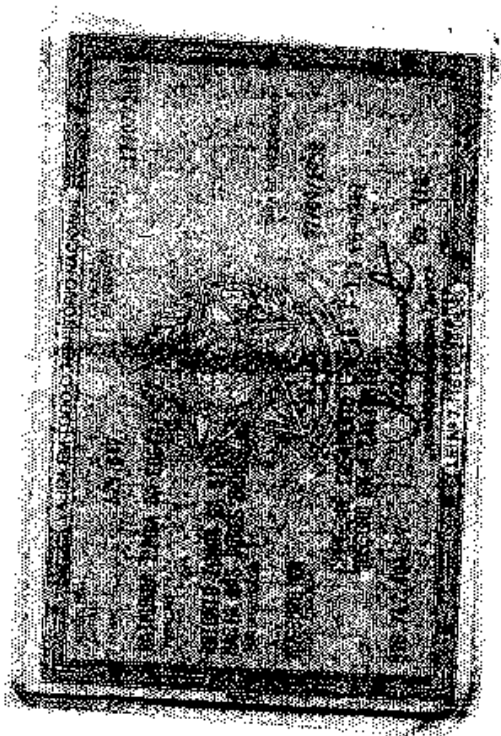
29/03/2020 # Presenta 250Wt. ben, EGB,
Costa, Eupnea ca, NEUROVASCIAL
DE mm ii integras.

TC de Bacia = fratura Sim Sim
e incompleta da linha pubica D.
CD = tto com fixador de fratura

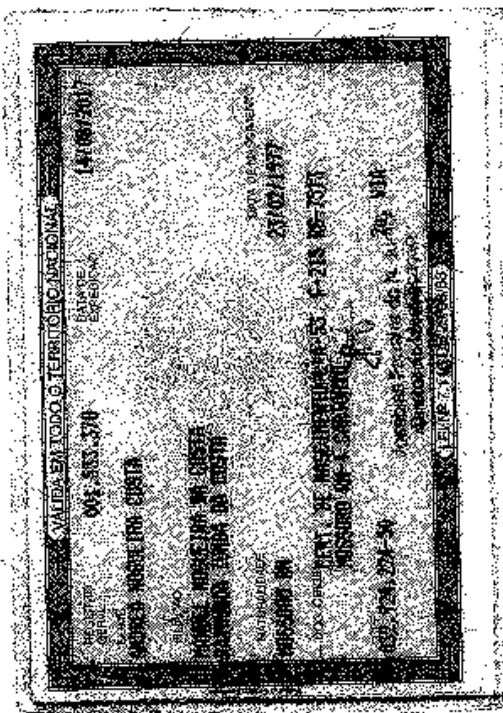
PRESCRIÇÃO e 70 Hb 2 ml a 100.

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
29/03/2020	① Dieta livre V.O. ② Dapivon 1 G EV 6/6h ③ Filotil 40mg EV 1x/dz ④ e/it - dlog2 t/cir			
	 Dr. Leandro Fraga Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM/MT 7439 TEO1 10088 REC37111			
	HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 15/06/2020 B1W SAME/ARQUIVO			





VITRUS





ilhonhas
Por
ilhonhas

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Andrea Nogueira Costa, brasileiro(a),
estado civil: Cônjuge, Profissão: Advogada, Data do Acontecimento: 26/03/20
Cobertura Inválida, portador(a) do RG 004.533.348, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 032.924.224-50 residente no(a)
Rua Francisco Lopes da Silva nº 101,
bairro: Logan do Mato, município: Matozinhos, RN.

OUTORGADO:

Nome: Raimundo Zumbá da Costa, brasileiro(a)
estado civil: Cônjuge, Profissão: Apresentada, portador(a) do RG
629.644, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 828.462.404-59 residente
no(a) Rua Francisco Lopes da Silva nº 101,
bairro: Logan do Mato, município: Matozinhos, 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.

Matozinhos/RN 10/06/2020

Local e Data



Andrea Nogueira Costa

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua São João, 52 - Centro - Mossoró/RN - CEP: 59600-170 - Fone: (51) 3333-1111
Rui. Francisco Araújo Fernandes - Tabelião

Reconhecimento de Firma 2020-004564
Reconheço por autenticidade a firma de:
ANDREA NOGUEIRA COSTA *****
Assinado na presença de: 02
Em testemunho de verdade. Mossoró-RN, 10/06/2020 09:42:31.
Seio Digital: RN20200004938000192622WY
Para consultar o selo:
acesse: <https://autenticidade.ori-rii.br>
SOLAR 9.63 SCRCN: 93 6.00
EQUIPE 0.0123456 0.14 FUNAF: 930.00
RUI FRANCISCO FERNANDES - SUBSTITUTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177082/20

Vítima: ANDREA NOGUEIRA COSTA

CPF: 032.924.224-50

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: ANDREA NOGUEIRA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA : 828.762.404-59

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

ANDREA NOGUEIRA COSTA : 032.924.224-50

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: 26/06/2020
Nome: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA
CPF: 828.762.404-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

