



Número: **0816622-05.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALZENEIDE MARIA XAVIER (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
62870 450	17/11/2020 18:32	<u>2767640_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	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, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162338 Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Data do Acidente: 29/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALZENEIDE MARIA XAVIER

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, contados 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 n° 15742308



Bazd 01739/01740 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/11/2020 18:32:50
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111718325029200000060281897>
Número do documento: 20111718325029200000060281897

Num. 62870450 - Pág. 1



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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200162338 Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Data do Acidente: 29/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIA EMMYLLE XAVIER DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALZENEIDE MARIA XAVIER

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000137908-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 01559/01560 - carta_15R - INVALIDEZ



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, retorno 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: 3200162338 Cidade: Mossoró Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER Data do acidente: 29/01/2020 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS 5 - Nome completo: <i>Alzeneide Maria Xavier</i> 7 - Profissão: <i>Junk. Prod. Cau.</i> 11 - Bairro: <i>Santo Antônio</i> 15 - E-mail: <i>Não</i>		6 - CPF da vítima: <i>332 276 204 - 20</i> 4 - Endereço da vítima: <i>Rua Seis de Janeiro</i> 8 - Endereço: <i>M 02260</i> 9 - Número: <i>233</i> 10 - Complemento: <i>C60-a</i> 12 - Cidade: <i>SP</i> 13 - Estado: <i>SP</i> 14 - CEP: <i>13861-070</i> 15 - Telefone: <i>(11) 99827-0066</i>							
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR 17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____									
DADOS DA MENSALIDADE 20 - BENDA MENSAL DÓS TITULAR DA CONTA: <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00							
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00							
21 - DADOS BENEFICIÁRIOS: <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA PÓLICANÇA (Somente para os bancos abaixo. Resposta SIM/FON)</td> <td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> </table> 22 - BENEFICIÁRIOS: _____ 23 - BANCOS: <i>Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (103) Caixa Econômica Federal (104)</i> AGÊNCIA: <i>0560</i> CONTA: <i>337908</i> 6				<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA PÓLICANÇA (Somente para os bancos abaixo. Resposta SIM/FON)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)								
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA PÓLICANÇA (Somente para os bancos abaixo. Resposta SIM/FON)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)								
<small>Informar o digito se sim/não Informar o digito se sim/não Informar o digito se sim/não Informar o digito se sim/não</small> <p>Autorizo a Seguradora Lider a creditar no conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e/ou benefício do Seguro DPVAT a que me tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e suficiente após a efetivação do crédito, constante total do valor recebido.</p>									
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <p><input checked="" type="checkbox"/> 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 6.134/74), uma vez que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI (não atende a região do acidente ou da minha residência); ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido. <p>Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por estabelecido automaticamente, conforme o disposto na Lei 6.134/74.</p> <p>Destaco que esta autorização não significa previsão antecipada com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.</p>									
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE 24 - Data do falecimento: _____ 25 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vôvo _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____ 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 29 - Se tinha filhos, informar quantos: _____ 30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros naturais): <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar quantos: _____ 33 - Vítima deixou pais/idosos vivos? <input type="checkbox"/> Sim 34 - Nome legível de quem assina a pedida (a rogo): _____ 35 - CPF legível de quem assina a pedida (a rogo): _____ 36 - Assinatura de quem assina a pedida (a rogo): _____ 37 - Assinatura de quem assina a pedida (a rogo): _____ 38 - 1º Nome: _____ 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____ 40 - Local e Data: <i>Morung - SP 05/03/2020</i> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>x Alzeneide maria Xavier</i> 42 - Assinatura do Representante legal (se houver): _____ 43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____ 44 - Assinatura do Procurador (se houver): _____ EPS.001 V002/2019									





Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/11/2020 18:32:50
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111718325029200000060281897>
Número do documento: 20111718325029200000060281897

Num. 62870450 - Pág. 5



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016719/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/02/2020 14:55 Data/Hora Fim: 21/02/2020 14:55
Origem: Data: 14/02/2020
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 29/01/2020 17:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Bom Jardim
Logradouro: Nilo Peçanha

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALZENEIDE MARIA XAVIER (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 17/07/1974 Idade: 45 anos
Naturalidade:RN - Patu Profissão: Auxiliar de Produção
Estado Civil:Solteiro(a)

Nome da Mãe: Alvanir Maria da Conceição Xavier

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 812.276.204-20

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Sels de Janeiro N°:231
Bairro: Santo Antônio
Telefone: (84) 99604-7535 (Celular)

Nome Civil: FUNCIONÁRIO DESCONHECIDO DA OI, NÃO SABE O NOME OU OUTROS DADOS (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 45 anos

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 812.276.204-20	Placa OKB8873
Renavam: 01008465607	Número do Motor KC16E8E555986
Número do Chassi: 9C2KC1680ER555986	Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo: Rio Grande do Norte

Delegado de Polícia Civil:Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data da Impressão: 21/02/2020 14:55
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: 016719/2020-A01

Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 19/05/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Alzeneide Maria Xavier	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante declarou que transitava em sua moto na via quando se assustou com um fio baixo atravessando a rua e sendo puxado por um funcionário da Empresa OI; Que, ao ver o fio, baixou a sua cabeça para não bater, mas o fio colidiu contra o seu lócrax, vindo a perder o equilíbrio da sua moto e sofrer queda; Que foi encaminhada pelo seu marido de moto (Sr. Francisco Ronaldo da Silva) ao HRTM; Que o BO é para fins de dpcat; Que não deseja representação criminal; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente da Polícia
Matrícula 1680205
Responsável pelo Atenção

Alzeneide Maria Xavier
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) (único) responsável pelas informações acima apresentadas e declare que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Calúnia e 310-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Luiz Fernando Sávio de Oliveira Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 21/02/2020 14:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALZENEIDE MARIA XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000137908-6

Nr. da Autenticação 721A37B2914A8AAB



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/11/2020 18:32:50
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171832502920000060281897>
Número do documento: 2011171832502920000060281897

Num. 62870450 - Pág. 9

05/03/2020

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Grátiias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvíndor 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Grátiia de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL- 167

Ligaçāo Grátiia de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ALZENEIDE MARIA XAVIER
CPF: 312.276.204-20

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
27/02/2020	18/02/2020	007000242068
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
81,34	18/02/2020	3018058347

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SEIS DE JANEIRO 231 CS-02
SANTO ANTONIO/AREA URBANA
59611-070 MOSSORÓ RN

CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico
RESERVADO AO FISCO 9171,7C62.A744.99F8.41CE.98B2.FBEA.C12D	

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

DESCRICAĀO DA NOTA FISCAL

DESCRIĀO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)				
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	110,00	0,32617010	36,09				
Consumo Ativo(kWh)-TE	110,00	0,32328600	35,55				
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,67				
Contrib. ilum. Pública Municipal			6,73				
Multa por atraso-NF 034890547 - 20/12/19			1,44				
Juros por atraso-NF 034890547 - 20/12/19			0,60				
Atualização IGP-M-NF 034890547 - 20/12/19			1,29				
Compensação DIC Anual 2018			1,04				
TOTAL DA FATURA			81,34				
INFORMAĀOES DE TRIBUTOS							
KMS	PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
72,32	16,00	72,32	0,79	0,56	72,32	3,62	2,61

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,25405600	kWh
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25097000	
COMPOSIĀO DO CONSUMO		
GERAGĀO DE ENERGIA	RS %	
28,06	36,00	
TRANSMISSĀO	2,83	3,64
10,19	26,07	
DISTRIBUĀO (Cosern)	4,21	5,32
ENTREGAS BÁSICAS	16,15	22,37
TRIBUTOS	4,88	6,72
PERDA DE ENERGIA	72,32	100
TOTAL		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNĀO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000200907196	CAT	21/01/2020 10.716,00	18/02/2020 10.826,00	28	1.000,00	0,00	110,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/03/2020

DURAĀO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇĀOES					
DESCRIĀO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIG-No de horas sem Energia	BARROCAS	0,00	4,95	8,91	19,82
FID-No de vezes sem Energia		0,00	3,29	8,47	12,95
DINC-Duração média de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DCRI-Duração da Interrupção em dia crítico				Limite DCRI: 12,22	
DIGO-Valor do Encargo de Uso - R\$ 28,01					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração das Interações DIG, PIG, DINC e DCRI a qualquer tempo.

INFORMAĀOES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmácia do povo nordestino: rua pelo velho, 1215, centro / supermercado São Luiz: r. milo peixoto, 517, bairro jardim! lista completa em www.cosern.com.br.
 O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 O cliente é compensado quando não violaço na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pago, em atraso, gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSĀO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAĀO(V)
MÍNIMO	MÁXIMO
220	202
231	

AUTENTICAĀO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007000242068	02/2020	81,34	27/02/2020

TALĀO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAĀO MECÂNICA



1/1

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica. Cida de pelo Lei 10.433, de 26/04/02.

NOTA DE FERIA - CONTRATO DE CONSUMO
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Av. Nossa Senhora da Boa Vista, 150, Belo Horizonte - RN - CEP 59025-250
CNPJ 06.024.195/0001-81 | Inscrição Estadual: 20051894 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ASSOCIAÇÃO DOS ELETROINSTALADORES TE

CNPJ 01.413.415/0001-50

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV WILSON RUGAIU 9000

CLASSIFICAÇÃO

B2 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Técnico

DATA CONTRATO
0498400027 03/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/2020 22/04/2020

27/03/



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais encaminhamentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-15916 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para clientes auditivos e de fala): 0800 022 32 06 | Central Dividendo: 0800 021 91 35

Eu, Julia Ennylle Xalter da Silva,
RG nº 003.524.572, data de expedição 31/05/19,
Órgão SSP RN, CPF nº _____

venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>JN. Wilson Robade</u>
Número	<u>9000</u>
Apto/Complemento	<u>apto</u>
Bairro	<u>Vila Belonice</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59612-125</u>
Tel. de contato	<u>(84) 9987-0066</u>
E-mail	<u>livia.potamu</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Mossoró 24/04/20

Julia Ennylle Xalter da Silva
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 nossos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h):

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1586 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 072 9159 | SAC (em definições auríferas e de fio): 0800 022 12 66 | Central Olá Lider: 0800 021 91 38

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://www.susep.gov.br/biblioteca/aweb/DOCO/ORIGINAL/DOCA/PT/0-16/CD0100-2/P626>

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 constar, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e de 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, concedido, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PLANEJAMENTO PRIVADO, CAPITALIZAÇÃO E RESERVA. 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 PRÉVISTAS NA LEI N°9.513/98.

Pelo exposto, eu Julia Emilly Xavier da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 812.276.204 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário

Algeneide Maria Xavier Inscrito (a) no CPF sob o N° 812.276.24.20,
do sinistro de DPVAT cobertura Intimidade, da Vítima Algeneide Maria Xavier

Inscrito (a) no CPF sob o N° 812.276.204 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Recebida Renda: Recebida e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

Declaro ainda, sob os efeitos da lei e para fins da prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, deixando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 29B do Código Penal.

Endereço:	<u>Av Wilson Rezende</u>	Número:	<u>9000</u>	Complemento:	<u>100a</u>
Bairro:	<u>Walle Bitencourt</u>	Cidade:	<u>Mossoró</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>Noe Pottier</u>			CEP:	<u>59612-125</u>
				Tel.(DDD):	

Local e Data: Mossoró RN 27/04/2020

* Julia Emilly Xavier da Silva
Assinatura do Declarante

PL070.001 V002/2027



SEMAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 2067 /2020

Admissão: 29/01/2020 19:40:58

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AZUL

Paciente: 56734 - ALZENEIDE MARIA XAVIER (45 a 6 M 12 d)

Nascimento: 17/07/1974 Natural: PATU.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 703401274220616

CPF: 81227620420

Prof:

Mãe: ALVANIR MARIA DA CONCEICAO XAVIER

Pai: RAIMUNDO XAVIER

Logradouro: SEIS DE JANEIRO, 231

CEP: 59611070

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.986047535

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

Empresa:

OBS:	Classificação:						PESO:		
							29/01/2020 19:37:36		
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Puleo	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM MÃO ESQ HÁ APROX 3 HORAS.

Hora:

PORTE VITIMS DE QEDOS DE MOTO, COM
FRACOS NO MGT (O)
RF: DOR X PALPACAO + EDema + LUMOSA DOR
+ (PP) DO LR. GDE
Rx: TX FRACOS DA BASE DS FOLH. MENO
DO 22 GDE

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
(1) LIVIA GESSADS NO MSE				
(2) NBC E 170				
(3) DIPALMA 1g X 10.DIA				
(4) FLUTYL 40mg X 10.DIA				
(5) ATIVAFIL 60 DIA				
(6) C				
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA				
ESTÁ CONFORME O ORIGEM				
DAMÉ MOSSORÓ 01/03/2020				
BIM				
DAMÉ/ARQUIVO				

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

CID: 5626

Proc.

Data: 29/01/20

Hr:

Médico:

*Gerado via SK por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA, impresso em 29 de Janeiro de 2020.

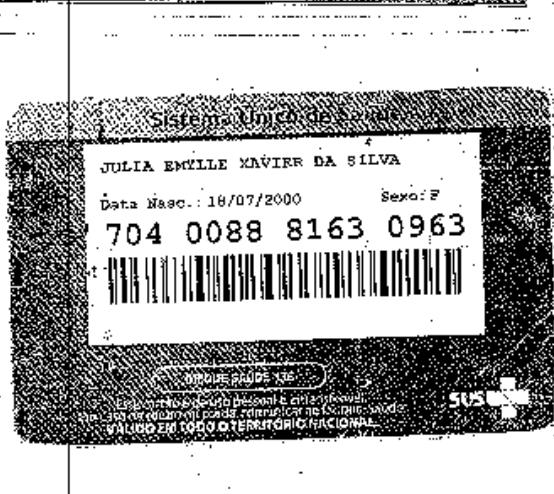
(Assinatura Carimbar)

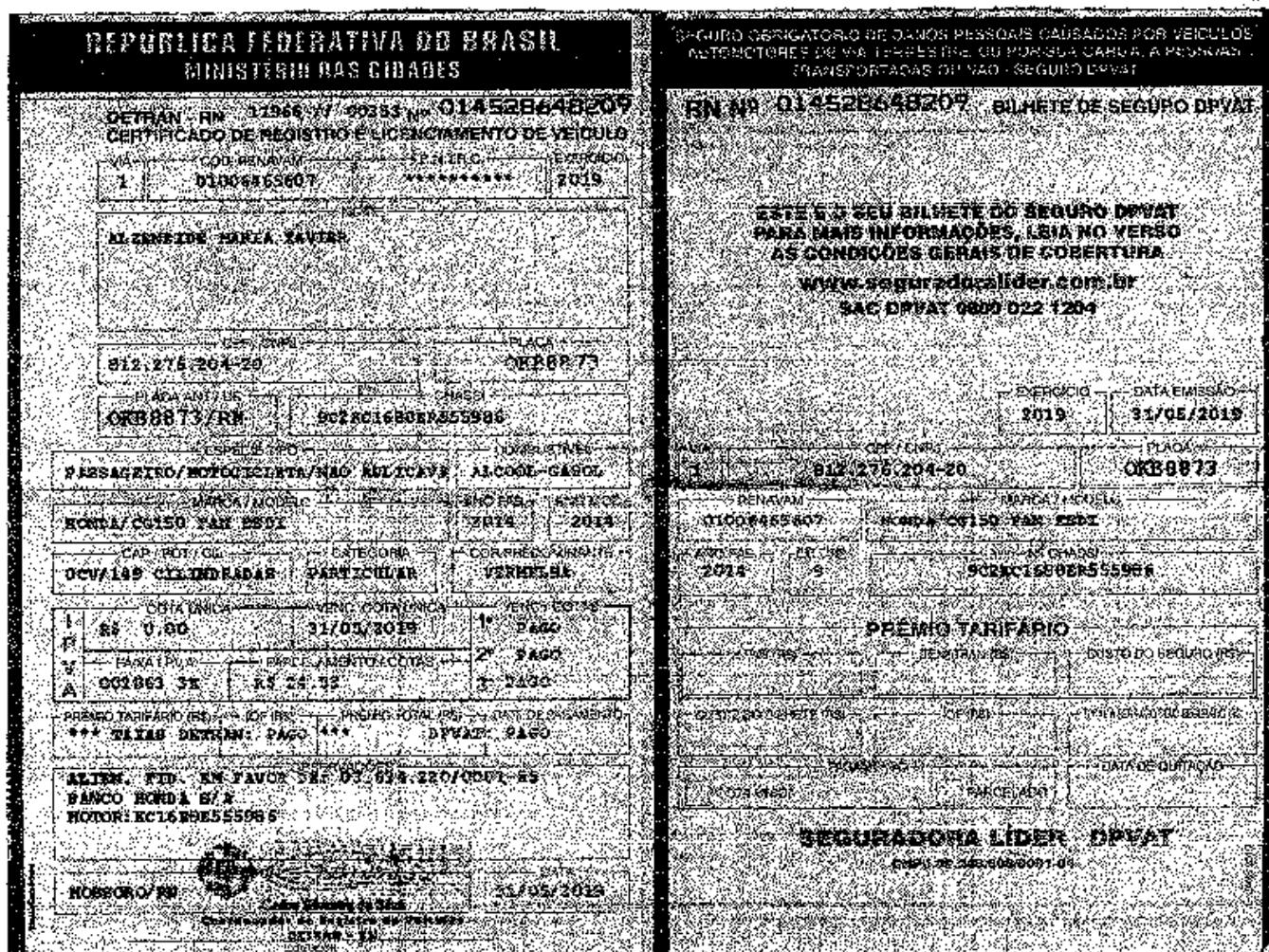




VÍVIM







PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Alzeneide maria Xavier, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Produção, Data do Acidente 23/01/2020
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 34726, órgão expedidor
ETPS, do CPF: 81227620420, residente no(a)
Rua 06 de Janeiro, nº 231
bairro: Santo antônio, município: mossoró, RN.

OUTORGADO:

Nome: Júlia Ennyelle Xavier Da Solla, brasileiro(a)
estado civil: Solteira, Profissão: Doméstica, portador(a) do RG
003527518, órgão expedidor e do CPF: 12311669963, residente
no(a) Avenida Wilson Rosado, nº 9000
bairro: Nossa Senhora da Boa Hora, município: Mossoró, 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.



mossoró RN 28/02/2020

Local e Data

Alzeneide maria Xavier

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



6º Serviço Notarial e Registral de Mossoró - RN
RUA Coronel Vicente Sábia, 82 A - Centro - Mossoró/RN Titular: Leidiane M.
SILVA MAGALHÃES Cont.: (84)38161849 vefidemossoro@hotmail.com

RECONHECO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)

de ALZENEIDE MARIA XAVIER

Confira em: <https://selodigital.pjrn.jus.br>

selo digital: RN202000933310007386BNV

Mossoró-RN, 28 de Fevereiro de 2020 15:44

KESIA VALÉRIA DA SILVA CALDINO

ESCRIVENTE AUTORIZADO

Or: São Paulo Email: 2.03.650N.0.14 TOTAL: 29

ABR/2020



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126443/20

Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

CPF: 812.276.204-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/01/2020

Titular do CPF: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA : 125.116.694-63

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

ALZENEIDE MARIA XAVIER : 812.276.204-20

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: 29/04/2020
Nome: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA
CPF: 125.116.694-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

GERCA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/11/2020 18:32:50
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171832502920000060281897>
Número do documento: 2011171832502920000060281897

Num. 62870450 - Pág. 19