



Número: **0834238-17.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **16/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,90**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR (AUTOR)	FELIPPE DE QUEIROZ BESSA BANDEIRA LEITE (ADVOGADO)
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)	
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63852 605	15/12/2020 15:09	<u>2772894_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232965

Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

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 nº 15914916





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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232965

Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00081/00082 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200232965

Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005876-9

Conta: 0000016143-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	048290514-19 MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FÁIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 446/2012				
5 - Nome completo:	MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR		6 - CPF:	048290514-19
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	47 - RENDA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	59590-000
POVOADO GUAGIRU - SIC BENTO DO NORTE		PR	(184) 9848-0211	
15 - E-mail:				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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 da direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSOU INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0360	CONTA: 50680	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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 sumamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor reembolsado.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> Não há IML que atende 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 grossérrimo da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da rendição ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

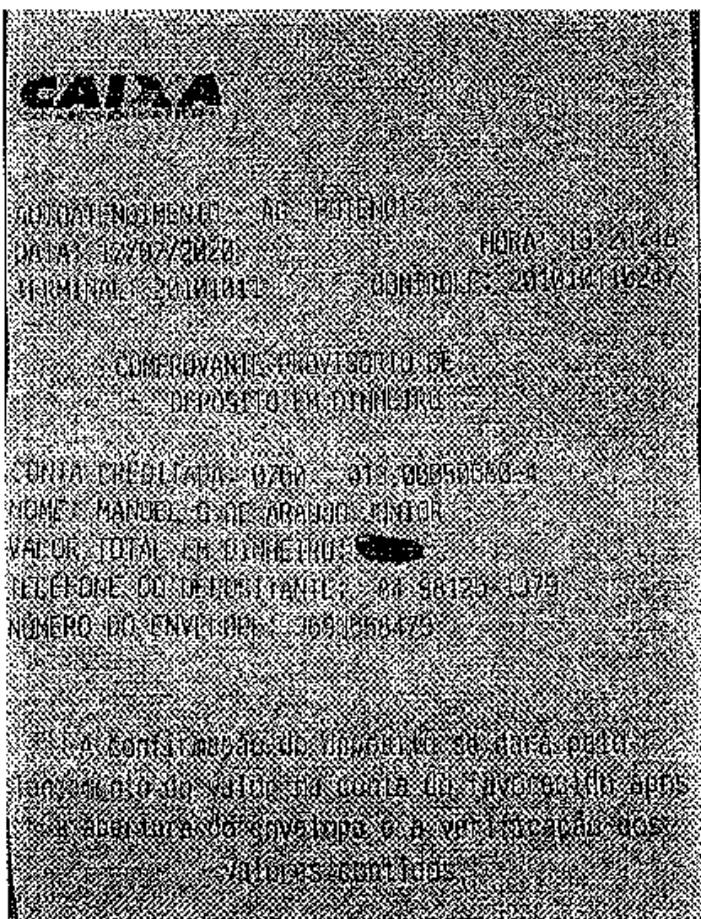
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ho cas.) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar 'vivos': <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar 'vivos': <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso cevada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	08829054-19	MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR	05829054-19		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECUSOU AVENIDA SEVERINO CORREIA		47	POVOADO
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
POVOADO GUAGIRU	SAC E PANTO DO NORTE	RN	59390-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD) (84) 98782-0211		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0360	CONTA: 50680 4	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - 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"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	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 teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nasцuro (varnecer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO
Impossível
assinar
o
contrato
de
beneficiário
não alfabetizado

34
Impossível
assinar
o
contrato
de
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11/2020

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MARCOS BATISTA FERREIRO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058290514-19 4 - Nome completo da vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR	6 - CPF: <input type="text"/> 058290514-19		
7 - Profissão: <input type="text"/> RECUSOU AVENIDA SEVERINO CORREIA	8 - Endereço: <input type="text"/> 47	9 - Número: <input type="text"/> 47	10 - Complemento: <input type="text"/> Povoado
11 - Bairro: <input type="text"/> Povoado Guagiru	12 - Cidade: <input type="text"/> SÃO BENTO DO NORTE	13 - Estado: <input type="text"/> RN	14 - CEP: <input type="text"/> 59590-000
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (84)98782-0211

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0760 CONTA: 50680 4 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário, não alfabetizado.

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, 26/03/2020

X Manoel Germano de Araujo Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Marcos Batista Ferriero*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE
Endereço: RUA. S/N, CENTRO, SÃO BENTO DO NORTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J202014400023
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 03/02/2020 10:37:19

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/12/2019 00:00:00
2.3 Fato: Consumido
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.16 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: ESTRADA DO Povoado DO GUAGIRU

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR
3.3 Nome Social:
3.5 Étnia: Parda
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 05829051419
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: PEDREIRO
3.15 Telefone(s): 84 992094960
3.17 Número: 47
3.19 Bairro: Povoado GUAGIRU
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pat: MANOEL GERMANO DE ARAUJO

3.6 Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.12 Data de Nascimento: 24/08/1978

3.14 RG: 2109620 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: SÃO BENTO DO NORTE RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: AVENIDA SEVERINO CORREIA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DA(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: 9C2HB02108R039540
7.1.5 Placa: MYR1374
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2008
7.1.11 Cor do veículo: AMARELA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 970327293

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: POP 100

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VITIMA ESTVE NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA INFORMAR QUE NO DIA 25.12.2019, POR VOLTA DAS 3H, ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA MYR-1374, QUANDO COLIDIU COM UM ANIMAL (CAVALO) QUE ESTAVA NA ESTRADA; QUE CAIU; QUE RETORNOU PRA SUA RESIDENCIA; QUE O VIZINHO O SOCORREU PRO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE; QUE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE FOI ENCAMINHADO PRO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO EM NATAL. NADA MAIS INFORMOU.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 03/02/2020 10:37:19

Policial

Interessado



Polegar direito

Alendimento: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES

Impresso por: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES em 03/02/2020 10:37:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





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

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE
Endereço: RUA, S/N, CENTRO, SÃO BENTO DO NORTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020144000023 1.2 Data de Expedição: 03/02/2020 10:37:19
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/12/2019 00:00,00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural 2.7 Logradouro: ESTRADA DO PovoADO DO GUAGIRU
2.8 Número: S/N 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS 2.13 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO
3.5 Étnia: Parda 3.6 Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual: Ignorado
3.9 CPF: 05829051419 3.10 Identidade de Gênero: Ignorado
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 24/08/1978
3.13 Profissão: PEDREIRO 3.14 RG: 2109620 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 992094960 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 47 3.18 Naturalidade: SAO BENTO DO NORTE RN
3.19 Bairro: Povoado GUAGIRU 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: AVENIDA SEVERINO CORREIA
3.23 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 9C2HB02106R039540 7.1.4 Renavam: 970327293
7.1.5 Placa: MYR1374 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: POP 100
7.1.9 Ano do Modelo: 2008 7.1.10 Ano de Fabricação: 2008
7.1.11 Cor do veículo: AMARELA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VITIMA ESTEVE NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA INFORMAR QUE NO DIA 25.12.2019, POR VOLTA DAS 3H, ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA MYR-1374, QUANDO COLIDIU COM UM ANIMAL (CAVALO) QUE ESTAVA NA ESTRADA; QUE CAIU; QUE RETORNOU PRA SUA RESIDÊNCIA; QUE O VIZINHO O SOCORREU PRO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE; QUE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE FOI ENCAMINHADO PRO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO EM NATAL. NADA MAIS INFORMOU.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 03/02/2020 10:37:19

Policial

Interessado

Polegar direito

Alendimento: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES

Impresso por: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES em 03/02/2020 10:37:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05876-9

CONTA: 000000016143-8

Nr. Autenticação

BRADESCO05082020050000000002370587600000016143236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 15/12/2020 15:09:47
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121515094683500000061191530>
Número do documento: 20121515094683500000061191530

Num. 63852605 - Pág. 11

ASL-0104460/20
gacia.silva.pd.2072
04/05/2020 11:36:34

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA																																																								
Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 20/04/02																																																								
Companhia Energética do Rio Grande do Norte Rua Mimos, 150, Bento, Natal - RN. CEP 59025-250 CNPJ 08 324.195/0001-81 [Ins. Est. 20055199-0] www.cosern.com.br																																																								
DADOS DO CLIENTE			ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA																																																					
FABIANA PINHEIRO VITORINO			AV SEVERINO CORREIA DA SILVA 47																																																					
CPF: 075 752 344-70			GUAIJIRU/ÁREA RURAL SAO BENTO DO NORTE RN 59560-000																																																					
CLASSIFICAÇÃO			PERÍODO CONTRATO																																																					
B1-RESIDENCIAL RESIDENCIAL Monofásico			7013591886 02/2020																																																					
Nº DA INSCRIÇÃO FISCAL			DATA DE VENCIMENTO																																																					
037831971 UNICA 18/02/2020			27/02/2020 19/03/2020																																																					
APRESENTAÇÃO			TOTAL A PAGAR (R\$)																																																					
301255139 2108201			30,05																																																					
DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO (R\$)</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(pWh)-TUSD</td> <td>45.0000000</td> <td>0,28839075-</td> <td>11,98</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(pWh)-TE</td> <td>45.0000000</td> <td>0,26241831-</td> <td>11,90</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>0,21</td> </tr> <tr> <td>Correção Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>3,44</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 033421918 - 20/11/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,50</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,62</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 033421918 - 20/11/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,40</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,38</td> </tr> <tr> <td>Atualização IPM-NF 033421918 - 20/11/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,21</td> </tr> <tr> <td>Atualização IPM-NF 034926412 - 20/12/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,20</td> </tr> <tr> <td>Compensação DIC Anual 2019</td> <td></td> <td></td> <td>0,36</td> </tr> </tbody> </table>										QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(pWh)-TUSD	45.0000000	0,28839075-	11,98	Consumo Ativo(pWh)-TE	45.0000000	0,26241831-	11,90	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21	Correção Ilum. Pública Municipal			3,44	Multa por atraso-NF 033421918 - 20/11/19			0,50	Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,62	Juros por atraso-NF 033421918 - 20/11/19			0,40	Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,38	Atualização IPM-NF 033421918 - 20/11/19			0,21	Atualização IPM-NF 034926412 - 20/12/19			0,20	Compensação DIC Anual 2019			0,36
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)																																																					
Consumo Ativo(pWh)-TUSD	45.0000000	0,28839075-	11,98																																																					
Consumo Ativo(pWh)-TE	45.0000000	0,26241831-	11,90																																																					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21																																																					
Correção Ilum. Pública Municipal			3,44																																																					
Multa por atraso-NF 033421918 - 20/11/19			0,50																																																					
Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,62																																																					
Juros por atraso-NF 033421918 - 20/11/19			0,40																																																					
Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,38																																																					
Atualização IPM-NF 033421918 - 20/11/19			0,21																																																					
Atualização IPM-NF 034926412 - 20/12/19			0,20																																																					
Compensação DIC Anual 2019			0,36																																																					
TOTAL DA FATURA: 30,05																																																								
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO CAT</th> <th>ANTERIOR LEITURA</th> <th>ATUAL LEITURA</th> <th>Nº DE DIAS</th> <th>CONSTANTE</th> <th>AJUSTE</th> <th>CONSUMO (KWH)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21495593</td> <td>7 502,00</td> <td>18/02/2020</td> <td>7 547,00</td> <td>15</td> <td>1.000000</td> <td></td> <td>45,00</td> </tr> </tbody> </table>									Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	21495593	7 502,00	18/02/2020	7 547,00	15	1.000000		45,00																																
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)																																																	
21495593	7 502,00	18/02/2020	7 547,00	15	1.000000		45,00																																																	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MÊS/ANO DE CONSUMO</th> <th>INFORMAÇÕES DO TRIBUTOS</th> <th>COMPRISSÃO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FEV19 46</td> <td>BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPORSTO</td> <td>Geração de Energia R\$ 14,98 44,38%</td> </tr> <tr> <td>JAN20 57</td> <td>ICMS 33,98 0,78 0,18</td> <td>Transmissão R\$ 1,78 4,82%</td> </tr> <tr> <td>DEZ19 42</td> <td>PIS 33,98 2,62 0,08</td> <td>Distribuição (Cosern) R\$ 7,41 20,80%</td> </tr> <tr> <td>NOV19 44</td> <td>COFINS</td> <td>Perdas de Energia R\$ 1,00 8,30%</td> </tr> <tr> <td>OUT19 46</td> <td></td> <td>Encargos Salariais R\$ 1,72 7,77%</td> </tr> <tr> <td>SET19 44</td> <td></td> <td>Tributos R\$ 1,14 3,75%</td> </tr> <tr> <td>AGO19 46</td> <td></td> <td>Total R\$ 22,98 100%</td> </tr> </tbody> </table>									MÊS/ANO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DO TRIBUTOS	COMPRISSÃO DO CONSUMO	FEV19 46	BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPORSTO	Geração de Energia R\$ 14,98 44,38%	JAN20 57	ICMS 33,98 0,78 0,18	Transmissão R\$ 1,78 4,82%	DEZ19 42	PIS 33,98 2,62 0,08	Distribuição (Cosern) R\$ 7,41 20,80%	NOV19 44	COFINS	Perdas de Energia R\$ 1,00 8,30%	OUT19 46		Encargos Salariais R\$ 1,72 7,77%	SET19 44		Tributos R\$ 1,14 3,75%	AGO19 46		Total R\$ 22,98 100%																								
MÊS/ANO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DO TRIBUTOS	COMPRISSÃO DO CONSUMO																																																						
FEV19 46	BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPORSTO	Geração de Energia R\$ 14,98 44,38%																																																						
JAN20 57	ICMS 33,98 0,78 0,18	Transmissão R\$ 1,78 4,82%																																																						
DEZ19 42	PIS 33,98 2,62 0,08	Distribuição (Cosern) R\$ 7,41 20,80%																																																						
NOV19 44	COFINS	Perdas de Energia R\$ 1,00 8,30%																																																						
OUT19 46		Encargos Salariais R\$ 1,72 7,77%																																																						
SET19 44		Tributos R\$ 1,14 3,75%																																																						
AGO19 46		Total R\$ 22,98 100%																																																						
TARIFAS APLICADAS																																																								

03/2020

Cosern - Companhia Energética do Rio Grande do Norte

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo

 IMPRIMIR

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

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



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica

-TELEATE

-Atendimento ao deficiente auditivo

Agência Reguladora de Serviços

ARSEP 0800 727 0157 - Ligação

Agência Nacional de Energia

Ligação Gratuita 0800 727 0157

DADOS DO CLIENTE!
MARCOS BATISTA FABRICIO

DATA DE VENCIMENTO

04/03/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

26/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

038282729

ENDEREÇO
RUA DO XAREU 140 -PAJUCARA/AREA
URBANA -59133-040 NATAL RN -

PERÍODO CONSUMO

27/01/2020 a 26/02/2020

CONSUMO

144

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 16,94

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

clique aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7002965210	02/2020	R\$ 108,27	04/03/2020	Evite dobrar e rasurar. Este canhoto será leitura ótica.

ASL-0104460/20

garcia.silva.pd.2072

04/05/2020 11:36:44

com.br/NDP_DCSRUES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversorServlet?dom=1&ad=1



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 15/12/2020 15:09:47

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121515094683500000061191530>

Número do documento: 20121515094683500000061191530

Num. 63852605 - Pág. 13

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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA																																																																									
 COSERN Companhia Energética do Rio Grande do Norte Rua Mernoz, 150, Bairro, Natal - RN, CEP 59025-250 CNPJ 03.324.196/001-81 Inscrição Estadual: 20/55199-0 www.cosern.com.br																																																																									
DADOS DO CLIENTE																																																																									
FABIANA PINHEIRO VITORINO																																																																									
CPF: 015.752.344-70																																																																									
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA																																																																									
AV SEVERINO CORRÉIA DA SILVA 47																																																																									
CLASSIFICAÇÃO																																																																									
B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL Monofásico																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nº DA NOTA FISCAL</td> <td style="width: 20%;">SERIE</td> <td style="width: 20%;">DATA</td> <td style="width: 20%;">VALOR</td> </tr> <tr> <td>037931871</td> <td>UNICA</td> <td>18/02/2020</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nº DE CONTA/FATURA</td> <td>Nº DO CLIENTE</td> <td>Nº DA INSTALAÇÃO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18/02/2020</td> <td>3010446198</td> <td>2108201</td> <td></td> </tr> </table>		Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA	VALOR	037931871	UNICA	18/02/2020		Nº DE CONTA/FATURA	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO		18/02/2020	3010446198	2108201																																																									
Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA	VALOR																																																																						
037931871	UNICA	18/02/2020																																																																							
Nº DE CONTA/FATURA	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO																																																																							
18/02/2020	3010446198	2108201																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">NOTA CONTRATO</td> <td style="width: 20%;">MÊS ANO</td> </tr> <tr> <td>7013591886</td> <td>02/2020</td> </tr> <tr> <td>DATA DE VENCIMENTO</td> <td>DATA DE VENCIMENTO DA FATURA</td> </tr> <tr> <td>27/02/2020</td> <td>19/03/2020</td> </tr> <tr> <td>TOTAL A PAGAR (R\$)</td> <td>30,05</td> </tr> </table>		NOTA CONTRATO	MÊS ANO	7013591886	02/2020	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO DA FATURA	27/02/2020	19/03/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	30,05																																																														
NOTA CONTRATO	MÊS ANO																																																																								
7013591886	02/2020																																																																								
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO DA FATURA																																																																								
27/02/2020	19/03/2020																																																																								
TOTAL A PAGAR (R\$)	30,05																																																																								
DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO (R\$)</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Aberto (APM)-TUSD</td> <td>45.000000</td> <td>0,28838075</td> <td>11,98</td> </tr> <tr> <td>Consumo Aberto (APM)-TE</td> <td>45.000000</td> <td>0,26241631</td> <td>11,80</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>0,21</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ium. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>3,44</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 033421918 - 20/11/18</td> <td></td> <td></td> <td>0,50</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/18</td> <td></td> <td></td> <td>0,62</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 033421918 - 20/11/18</td> <td></td> <td></td> <td>0,48</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/18</td> <td></td> <td></td> <td>0,38</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 033421918 - 20/11/18</td> <td></td> <td></td> <td>0,91</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 034926412 - 20/12/18</td> <td></td> <td></td> <td>0,20</td> </tr> <tr> <td>Compensação DiC Anual 2018</td> <td></td> <td></td> <td>0,36</td> </tr> </tbody> </table>			QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	Consumo Aberto (APM)-TUSD	45.000000	0,28838075	11,98	Consumo Aberto (APM)-TE	45.000000	0,26241631	11,80	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21	Contrib. Ium. Pública Municipal			3,44	Multa por atraso-NF 033421918 - 20/11/18			0,50	Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/18			0,62	Juros por atraso-NF 033421918 - 20/11/18			0,48	Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/18			0,38	Atualização IGPM-NF 033421918 - 20/11/18			0,91	Atualização IGPM-NF 034926412 - 20/12/18			0,20	Compensação DiC Anual 2018			0,36																								
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)																																																																						
Consumo Aberto (APM)-TUSD	45.000000	0,28838075	11,98																																																																						
Consumo Aberto (APM)-TE	45.000000	0,26241631	11,80																																																																						
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21																																																																						
Contrib. Ium. Pública Municipal			3,44																																																																						
Multa por atraso-NF 033421918 - 20/11/18			0,50																																																																						
Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/18			0,62																																																																						
Juros por atraso-NF 033421918 - 20/11/18			0,48																																																																						
Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/18			0,38																																																																						
Atualização IGPM-NF 033421918 - 20/11/18			0,91																																																																						
Atualização IGPM-NF 034926412 - 20/12/18			0,20																																																																						
Compensação DiC Anual 2018			0,36																																																																						
TOTAL DA FATURA: 30,05																																																																									
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nº DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>ATUAL DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>Nº DE DIAS CONSTANTE</th> <th>AJUSTE</th> <th>CONSUMO (KWH)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>80347537</td> <td>CAT</td> <td>24/01/2020</td> <td>7.301,55</td> <td>18/02/2020</td> <td>7.547,00</td> <td>25</td> <td>1.00000</td> <td>45,00</td> </tr> </tbody> </table>		Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	80347537	CAT	24/01/2020	7.301,55	18/02/2020	7.547,00	25	1.00000	45,00																																																						
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)																																																																	
80347537	CAT	24/01/2020	7.301,55	18/02/2020	7.547,00	25	1.00000	45,00																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">HISTÓRICO DE CONSUMO</th> <th colspan="3">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> <th colspan="3">COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</th> </tr> <tr> <th>MÊS/ANO</th> <th>VALORES (KWH)</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPÔSTO</th> <th>GERAÇÃO DE ENERGIA</th> <th>R\$</th> <th>44,30%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FEV19</td> <td>45</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Transmissão</td> <td>R\$ 1,18</td> <td>4,02%</td> </tr> <tr> <td>JAN20</td> <td>57</td> <td>ICMS</td> <td>22,98</td> <td>0,78</td> <td>Produção (Cosserv)</td> <td>R\$ 7,47</td> <td>30,80%</td> </tr> <tr> <td>DEZ19</td> <td>46</td> <td>PIS</td> <td>23,98</td> <td>0,88</td> <td>Pérolas de Energia</td> <td>R\$ 1,99</td> <td>8,30%</td> </tr> <tr> <td>NOV19</td> <td>44</td> <td>COFINS</td> <td>23,98</td> <td>0,88</td> <td>Encargos Sistêmicos</td> <td>R\$ 1,72</td> <td>7,17%</td> </tr> <tr> <td>OCT19</td> <td>44</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Tributos</td> <td>R\$ 1,74</td> <td>6,70%</td> </tr> <tr> <td>SET19</td> <td>44</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>R\$ 21,99</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>AGO19</td> <td>45</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			MÊS/ANO	VALORES (KWH)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$	44,30%	FEV19	45				Transmissão	R\$ 1,18	4,02%	JAN20	57	ICMS	22,98	0,78	Produção (Cosserv)	R\$ 7,47	30,80%	DEZ19	46	PIS	23,98	0,88	Pérolas de Energia	R\$ 1,99	8,30%	NOV19	44	COFINS	23,98	0,88	Encargos Sistêmicos	R\$ 1,72	7,17%	OCT19	44				Tributos	R\$ 1,74	6,70%	SET19	44				Total	R\$ 21,99	100%	AGO19	45						
HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																																																				
MÊS/ANO	VALORES (KWH)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$	44,30%																																																																		
FEV19	45				Transmissão	R\$ 1,18	4,02%																																																																		
JAN20	57	ICMS	22,98	0,78	Produção (Cosserv)	R\$ 7,47	30,80%																																																																		
DEZ19	46	PIS	23,98	0,88	Pérolas de Energia	R\$ 1,99	8,30%																																																																		
NOV19	44	COFINS	23,98	0,88	Encargos Sistêmicos	R\$ 1,72	7,17%																																																																		
OCT19	44				Tributos	R\$ 1,74	6,70%																																																																		
SET19	44				Total	R\$ 21,99	100%																																																																		
AGO19	45																																																																								
CUSTOS ALIMENTAÇÃO E TRANSMISSÃO																																																																									
OUTRAS APLICAÇÕES																																																																									
0,25490000																																																																									
0,25000000																																																																									



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 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 04020-1596 / 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 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu MARCOS BATISTA FABRÍCIO
inscrito (a) no CPF/CNPJ 806.785.054-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
MANOEL GERMÂNO DE ARAUJO JUN inscrito (a) no CPF sob o Nº 0582.905.14-19,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL GERMÂNO DE ARAUJO JR,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 0582.905.14-19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

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

Endereço:	<u>RUA DO XAREU</u>	Número:	<u>140</u>	Complemento:	<u>00591</u>
Bairro:	<u>PAJUARNA</u>	Cidade:	<u>NATAL</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>50.133-040</u>

Local e Data: NATAL/RN 25/03/2020

Assinatura do Declarante





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 67269 /2019

Admissão: 25/12/2019 10:09:05

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 157426 - MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR (41 a 4 m 1 d.)

Nascimento: 24/08/1978 Natural: SAO BENTO DO NORTE.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706205562095361 CPF: 05829051419 Prof:

Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO

Logradouro: GUAJIRU, 1

CEP: 59590000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SAO BENTO DO NORTE

Telefone: 84 92094960

Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REGULADO COM DR PEDRO PAULO

Classificação: 25/12/2019 10:05:50

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	G.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO + TRAUMA NO MSD

Hora: 10:05

Paciente vítima de acidente de moto, colisão, colisão moto/animal. Refere que o impacto foi no msd, mega TCE, trauma torácico e abdominal.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A V.A.P
- B Gástrico
- C Estável
- D ECG IS
- E

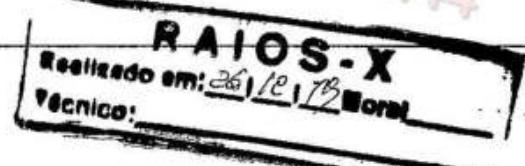
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome e Pélvico leves.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por GISONILDO PEREIRA. Impresso em 25 de Dezembro de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGIAS) *não*M(MEDICAÇÃO EM USO) *não*P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) *não*

I(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) *atual*

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx Braço e antebraço O APN

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

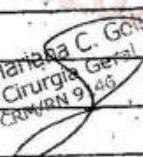
OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

(3) Alta da C6

Dra. Mariana C. Góes
MR Cirurgia Geral
CRM/RN 9.36



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	ORTOPÉDIA	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

SAIDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA: / / HORA

ENTREGUE Á FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A RESPIRATORIEDADE DA VÍTIMA; 2- NEGUE AJUDA A OUTRA PESSOA FORA DE HOSPITALISAR (PEÇA UM DESFIBRILADOR/DE) 3- ABRE A VIA AÉREA; 4- AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU FERJAL (BRANCO) EM LACERTETE 1-56 MM/SO; 5- ANALISE O RITMO; 6- APlique 1 CHOQUE JBS 100A/1 DEIA BIFASICO; 7- REINICIE RCP; 8- ABSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁGAS; 9- REINICIE RCP; 10- RITMO NÃO CHOCAVEL, REINICIE RCP (30:2); 11- AVALE DARTINGO A CADA 5 CÍRCLOS; 12- PARCE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR; 13- CASO A VÍTIMA SE NEFA, 13- COLOCAR A VÍTIMA NA POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:		Ortopedico	
ANAMNESE		Paciente c/ fratura inferior de maxilar após trauma	
EXAME FÍSICO		Deficit motor M5/0	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Primer de coleteiro Intervenção p/ cirurgia de maxilar, via MIS		<p>CONFIRA COM CRONOGRAMA DATA: 23/01/20 18h / VS 03</p> <p>ASSINATURA</p>	
<p><i>Filipe Ranieri Alves Ortopedia e Traumatologia Cirurgião-Dentista Terapêutico CRM-SP 10033 / TEOT 15251</i></p>		<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	
		<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberman Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, sendo 1)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre situações, nome, endereço, etc, e por que, é dia e etc.)	5
Confusa (Responde pergunta corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Descreve sons aleatórios palavras.)	2
Assente.	1
Melhor respiração motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Laciticia extrema dolorosa.	5
Retracto pupilar exato.	4
Padrão faz à dor (Decorticado).	3
Padrão relaxante à dor (Decortocerado).	2
Sens responde motora.	1

DISCRIMINADOR	ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4 9-128 = 3 5-80 = 2 4-30 = 1 30 = 0	
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-299 = 4 >299 = 3 8-30 = 2 1-50 = 1 00 = 0	
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>900 = 4 76-99 = 3 50-75 = 2 1-49 = 1 00 = 0	

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2009)

- 03 - OBstrução (inabilidade de intubação imediata);
- 05- 3= moderado;
- 14-15= leve

Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

* A escala teórica aplica-se a pacientes conscientes e que evoluem com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa, adotada-se no documento que classifica a intensidade da dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Ela é indicada para pacientes de trauma fechado. Relevante: Adaptado de Champion V.H., Sacco, W.L., Copes, et al; A revision of the Trauma score. J. Trauma 2000; 49: 1899.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **157426 MÁNOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

Prontuário:

CNS: 706205562095361

Nascimento: 24/08/1978

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO

Pai: MÁNOEL GERMANO DE ARAUJO

Endereço: SITIO GUAJIRU, 1 - ZONA RURAL - SAO BENTO DO NORTE

Fone: 92094960 /

Município: SAO BENTO DO NORTE

Código Municipal IBGE:

241160 UF: RN

CEP: 59590-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 38002 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DIAFISÁRIA DE UMERO DIREITO APÓS TRAUMA.

SEM DEFICIT MOTOR EM MSD.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RX + CLINICA



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

VER ACIMA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS*408020393.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

FILIPPI RANIERI ALVES

*Filippi Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM RN 6963*

CRM: 6963 / RN

Data da Solicitação 25/12/2019

PREENCHER EN CASO DE VIOLENCIAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

 Acidente de Trabalho Típico

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

 Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: _____

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

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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



Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Lendo: _____
 Data de admissão: 25/12/2019 Alta: / / Naturalidade: S. Bernardo do Sul
Name: Manoel Germano de Souza Júnior **Idade:** 41 **Sexo:** () Masculino () Feminino **Data de Nascimento:** 24/10/1978
RG: 2.109.620 **Estado Civil:** Solteiro **Nível de Instrução:** Finchamento
Filiação: Pai: Manoel Germano de Souza Júnior
Mãe: Lindaque Souza de Souza Júnior
 Endereço: _____ Cidade: _____
 Telefone: () Residencial () Trabalho () Recado
 Contato: _____ Outros telefones: _____
 Composição familiar: Moro só a família e a amiga
 Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Pescador Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
 Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
 () Socorrido em via pública () Outros meios _____
 () Encaminhado: Hospital de origem: São Pedro do Sul

Critérios para Acompanhante

Possui requesitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
 Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
 Responsável pelo paciente: Eleite Silve de Souza Júnior
 Parentesco: Vôme Telefone: 91.80.2212
 Endereço do Responsável: O. V. M. S. J. _____

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Páce. Nutrição: obs o paciente ale misto e levado a mesa de espirulina observando os procedimentos.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
 Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
 Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 25/12/2019 Alta: / / Naturalidade: S. Bento do Sul
Nome: Manoel Germano de Souza Júnior **Idade:** 41 **Sexo:** () Masculino () Feminino **Data de Nascimento:** 24/10/1978
RG: 2.109.620 **Estado Civil:** Solteiro **Nível de Instrução:** Fundamental
Filiação: Pai: Manoel Germano de Souza Júnior
 Mãe: Linda Paula Souza de Souza Júnior
Endereço: _____ **Cidade:** _____
Telefone: Telefone - WhatsApp: 991075980 **() Residencial () Trabalho () Recado**
Contato: _____ **Outros telefones:** _____
Composição familiar: Moro só a Terra e a Companheira
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Pescador **Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim**
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
 Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
 () Socorrido em via pública () Outros meios _____
 () Encaminhado: Hospital de origem: São Bento do Sul

Critérios para Acompanhante

Possui requesitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
 Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
 Responsável pelo paciente: Eleite Silve de Souza Júnior
 Parentesco: Vôme Telefone: 91802212
 Endereço do Responsável: O. Vôme

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Páce. Muitas e ole o paciente ole multas
 levadas mas cada dia depois ole documentado.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
 Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
 Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Paciente: 157426 - MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR
FIA: 4-12386/2019
Idade: 41 ano(s) 4 mes(es) e 1 dia(s)
Prescrição Nº: 1
Hospital / Unidade: WG - PS - ORTOPEDIA
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1192300
Data Internação: 25/12/2019 11:30
Início Validade: 25/12/2019 12:32 até 26/12/2019 18:59
Quarto / Leito: 1 - 1003
Médico Resp.: 846-FILIPPI RANIERI ALVES

Evolução DO PACIENTE

25/12/2019 12:33:33 - Paciente com fratura diafisária de úmero D.
SEM DEFÍCIT MOTOR EM MSD.

AGUARDA TRANSFERENCIA P/ CIRURGIA DE URGENCIA, VIA NIR.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
NUTRIÇÃO						
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F	1	BOLS	IV	12h/12h	130	20
3 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML	1	AMP	IV	6h/6h	18+24-06-12	
4 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	13	
5 - OMEPRAZOL 20 MG	1	CAP	VO	24h/24h	13:00	
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						

Filippi Ranieri Alves

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Dírio Torneiro
CRM-PB 11251

FILIPPI RANIERI ALVES

CRM-6963/RN



Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

25/12/2019 12:34



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 15/12/2020 15:09:47
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012151509468350000061191530>
Número do documento: 2012151509468350000061191530

Num. 63852605 - Pág. 22

HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12386 /2019

Prontuário: 1192300

Paciente: 157426 - MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR
Cartão SUS:706205562095361 CPF: 05829051419 Dt Nasc: 24/08/1978
Idade: 41 anos 4 meses 1 dia Sexo: M Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome da mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO
Nome do pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO
Rua/Av: GUAJIRU N.º 1
Complemento: Bairro: ZONA RURAL
CEP: 59590000 Cidade: SAO BENTO DO NORTE
Telefone: 84 92094960 84 92094960 Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1003
Especialidade: ORTOPEDICA
Responsável: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR -
Usuário: WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO

Admissão: 25/12/2019 11:30:30 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S42.3 - FRATURA DA DIAFISE DO UMERO
408020393 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura diafíse de úmero D

RESUMO DE ALTA

Agenda transferência P/ cirurgia via NIR
Filippi Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM RN 6963/TEOT 15251

NATAL, 25 de Dezembro de 2019.

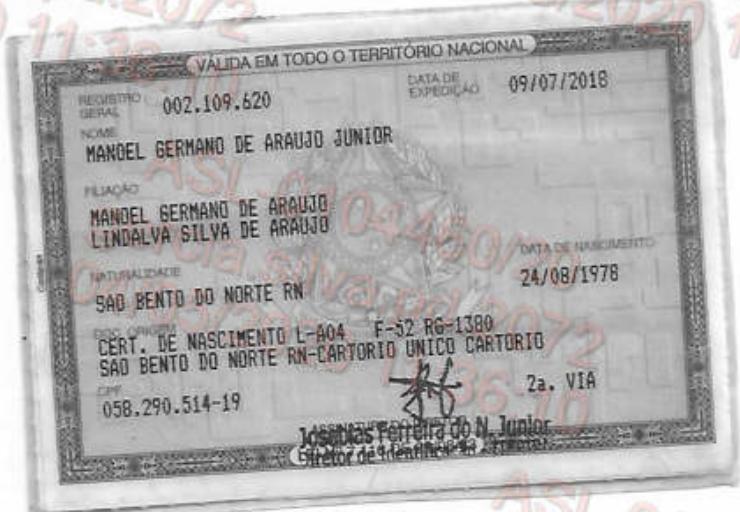
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





ASL-0104460/20
gencia.silva.pd.2072
04/05/2020 11:36:10





ASL-0104460/20
garcia.silva.pd.2072
04/05/2020 11:30
VALIDA E

ASL-0104460/20
garcia.silva.pd.2072
04/05/2020 11:36:10

ASL-0104460/20
garcia.silva.pd.2072
04/05/2020 11:36:10



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200232965 **Cidade:** São Bento do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/12/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @ P 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1599 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dívidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200164623

Data da solicitação: 30/06/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

CPF do beneficiário: 05829051419

Nome do solicitante: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

CPF do solicitante: 05829051419

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 992094960

Tel. Comercial: (84)

Tel. Residencial: (84)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(s) documento(s) estão sendo encaminhados:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IME
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCRIÇAO A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EU MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR, PORTADOR DO CPF 05829051419, MORADOR DA CIDADE DE SÃO BENTO DO NORTE/RN VENHO ATRAVES DESSE INSTRUMENTO SOLICITAR UMA MELHOR ANALISE EM MEU SINISTRO DE NUMERO 3200164623, AONDE FUI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM MEU ÚMERO DO BRAÇO DIREITO POIS HOJE TENHO SEQUELAS E DIFÍCULDADE COM MÓVIMENTOS COMO SEGUO EM LAUDO ANEXO A ESTE DOCUMENTO.

SÃO BENTO DO NORTE/RN 30/06/2020

Local e Data:

** Manoel Germano de Araujo Junior*

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário; assine e entregue no mesmo ponto de atendimento onde deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO Profissão: PEDREIRO, portador(a) do RG
21096 20, órgão expedidor ITAP/RN e do CPF: 058290314-19, residente
no(a) AVENIDA SEVERINO CORRÉIA nº 47,
bairro: PONCAO GUATIRAU, município: SÃO BENTO DO NORTE RN.

OUTORGADO:

Nome: MARCE S BATISTA FÁBRICIO, brasileiro(a)
estado civil: DIVORCIADO Profissão: RECUSO, portador(a) do RG
1345340, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 800784054-20, residente
no(a) RUA DO XIBRE nº 146,
bairro: Patuá, município: NATAL, 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, 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.

SÃO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020
Local e Data

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Órgão Único de Notas de São Bento do Norte - MN
R. Antônio Pires, 764 - Centro - CEP 59530-000 - Tel: (84) 3262-2750
Fone: (84) 3262-2750 - E-mail: autenticidade@sbnortheast.com.br

Autenticação AUTÉNTICA à firma de: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Assinada na presença: Lou fe

SÃO BENTO DO NORTE/RN - 3 de Fevereiro de 2020 09:54:35

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjrn.jus.br/sele>

Selo Digital: RN20200984970001861NP

NOTÁRIO / SUBSTITUTO



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO Profissão: PEDREIRO, portador(a) do RG
21096 20, órgão expedidor STEP/RN do CPF: 058290514-19, residente
no(a) AVENIDA SEVERINO CORRÉIA nº 17,
bairro: PONCAO GUATIRU, município: SÃO BENTO DO NORTE RN.

OUTORGADO:

Nome: MARCELS BATISTA FÁBRICIO, brasileiro(a)
estado civil: DIVORCIADO Profissão: RECUSO, portador(a) do RG
1345340, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 800788054-20, residente
no(a) RUA DO XABE nº 146,
bairro: PatuáRN, município: NATAL 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, 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.

SÃO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020
Local e Data

RECONHECIMENTO FIRMA
FRENTE

MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

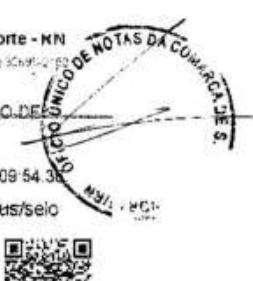


Órgão Único de Notas de São Bento do Norte - MN
R. Antônio Pimenta, 78-A Centro - CEP 59300-000 Tel: (84) 3295-2160
FAX: (84) 3295-2161 E-mail: selodigital.tjrn.jus.br

Este documento é AUTÊNTICO a firma de MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR
Assinado na presença: Unife
SÃO BENTO DO NORTE/RN 3 de Fevereiro de 2020 09:54:38

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjrn.jus.br/seio>

Selo Digital: RN2D7000984970001861NP



NOTÁRIO / SUBSTITUTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128285/20

Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

CPF: 058.290.514-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2019

Titular do CPF: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS BATISTA FABRICIO : 806.785.054-20

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

MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR : 058.290.514-19

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: 04/05/2020
Nome: MARCOS BATISTA FABRICIO
CPF: 806.785.054-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARCOS BATISTA FABRICIO

GERCIA LOURENCO DA SILVA

