



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
63852605	15/12/2020 15:09	2772894_CONTESTACAO_Anexo_03	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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 088290514-19 3 - CPF da vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 6 - CPF: 088290514-19
7 - Profissão: RECEBOSO 8 - Endereço: AVENIDA SEVERINO CORRÊA 9 - Número: 47 10 - Complemento: POVOADO
11 - Bairro: POVOADO EVAGIRU 12 - Cidade: SÃO BENTO DO NORTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59590-000
15 - E-mail: (84) 98782-0211 16 - Tel (DDD):

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: CAIXA
AGÊNCIA: 0760 CONTA: 50680 4

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a 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 necessária, às custas da Seguradora Lider 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ho vivo) ☐ 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 (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer 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

Suplente
de quem
assinou
este pedido

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SÃO BENTO DO NORTE/RN 17/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura

Assinatura



CAIXA

CONDICIONAMENTO - AG. FISCAL

DATA: 12/07/2020

HORA: 13:20:46

NÚMERO: 2001011

CONTOL: 20101116267

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CARTA CREDIADA - DATA: 01/08/2020

NOME: MANOEL G DE ARANHA JUNIOR

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DO DEPOSITANTE: 01 8429-1379

NÚMERO DO ENVELOPE: 0691055479

A conta bancária vinculada se dará baixa e
lançamento do valor na conta do beneficiário após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.



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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 6 - CPF: 058290514-19
7 - Profissão: RECUSOU AVENIDA SEVERINO CORRÊA 9 - Número: 47 10 - Complemento: POUCADO
11 - Bairro: DOVADO GUAGIRU 12 - Cidade: SÃO BENTO DO NORTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59590-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84)988782-0211

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0760 CONTA: 50680 4 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: ☐ 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 (vairasos)? ☐ 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 - Assinatura da vítima/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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SÃO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MARECOS BATISTA FABRICIO



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: 058290514-19 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 SUSEF Nº 445/2012

5 - Nome completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 6 - CPF: 058290514-19
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: AVENIDA SEVERINO CORREIA 9 - Número: 47 10 - Complemento: POVOADO
11 - Bairro: POVOADO GUAGIRU 12 - Cidade: SÃO BENTO DO NORTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59590-000
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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0760 CONTA: 50680 4 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: ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MARCOS BATISTA FABRICIO





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
1.3 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: Consumado
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 - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE 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 Etnia: Parda
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 05829051419
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: PEDREIRO
3.15 Telefone(s): 84 902094960
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 Pai: 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 - ITP/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 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
7.1.3 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 VÍTIMA ESTEVE NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA 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 PARA 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 NÃO 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

Atendimento: 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 - SÍTIOS 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 Etnia: 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 VÍTIMA 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 NÃO 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

Atendimento: 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

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou 431: 15/12/2020-19 Nome completo do segurado: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE (L004) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

5 - Nome completo: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
1 - Profissão: RUA DE SEVERINA PEREIRA
2 - Cidade: SÃO PAULO DE NÓBIA
3 - UF: RN
4 - CEP: 59.900-000
5 - Data de nascimento: 15/12/1987

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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, a veracidade das informações prestadas e assumo a responsabilidade anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRATAÇÃO:
☒ RENDIMENTO INFORMAL ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.000,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$3.000,00 A R\$3.500,00 ☐ R\$3.500,00 A R\$4.000,00 ☐ R\$4.000,00 A R\$4.500,00 ☐ R\$4.500,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.000,00 A R\$5.500,00 ☐ R\$5.500,00 A R\$6.000,00 ☐ R\$6.000,00 A R\$6.500,00 ☐ R\$6.500,00 A R\$7.000,00 ☐ R\$7.000,00 A R\$7.500,00 ☐ R\$7.500,00 A R\$8.000,00 ☐ R\$8.000,00 A R\$8.500,00 ☐ R\$8.500,00 A R\$9.000,00 ☐ R\$9.000,00 A R\$9.500,00 ☐ R\$9.500,00 A R\$10.000,00 ☐ R\$10.000,00 A R\$10.500,00 ☐ R\$10.500,00 A R\$11.000,00 ☐ R\$11.000,00 A R\$11.500,00 ☐ R\$11.500,00 A R\$12.000,00 ☐ R\$12.000,00 A R\$12.500,00 ☐ R\$12.500,00 A R\$13.000,00 ☐ R\$13.000,00 A R\$13.500,00 ☐ R\$13.500,00 A R\$14.000,00 ☐ R\$14.000,00 A R\$14.500,00 ☐ R\$14.500,00 A R\$15.000,00 ☐ R\$15.000,00 A R\$15.500,00 ☐ R\$15.500,00 A R\$16.000,00 ☐ R\$16.000,00 A R\$16.500,00 ☐ R\$16.500,00 A R\$17.000,00 ☐ R\$17.000,00 A R\$17.500,00 ☐ R\$17.500,00 A R\$18.000,00 ☐ R\$18.000,00 A R\$18.500,00 ☐ R\$18.500,00 A R\$19.000,00 ☐ R\$19.000,00 A R\$19.500,00 ☐ R\$19.500,00 A R\$20.000,00 ☐ R\$20.000,00 A R\$20.500,00 ☐ R\$20.500,00 A R\$21.000,00 ☐ R\$21.000,00 A R\$21.500,00 ☐ R\$21.500,00 A R\$22.000,00 ☐ R\$22.000,00 A R\$22.500,00 ☐ R\$22.500,00 A R\$23.000,00 ☐ R\$23.000,00 A R\$23.500,00 ☐ R\$23.500,00 A R\$24.000,00 ☐ R\$24.000,00 A R\$24.500,00 ☐ R\$24.500,00 A R\$25.000,00 ☐ R\$25.000,00 A R\$25.500,00 ☐ R\$25.500,00 A R\$26.000,00 ☐ R\$26.000,00 A R\$26.500,00 ☐ R\$26.500,00 A R\$27.000,00 ☐ R\$27.000,00 A R\$27.500,00 ☐ R\$27.500,00 A R\$28.000,00 ☐ R\$28.000,00 A R\$28.500,00 ☐ R\$28.500,00 A R\$29.000,00 ☐ R\$29.000,00 A R\$29.500,00 ☐ R\$29.500,00 A R\$30.000,00 ☐ R\$30.000,00 A R\$30.500,00 ☐ R\$30.500,00 A R\$31.000,00 ☐ R\$31.000,00 A R\$31.500,00 ☐ R\$31.500,00 A R\$32.000,00 ☐ R\$32.000,00 A R\$32.500,00 ☐ R\$32.500,00 A R\$33.000,00 ☐ R\$33.000,00 A R\$33.500,00 ☐ R\$33.500,00 A R\$34.000,00 ☐ R\$34.000,00 A R\$34.500,00 ☐ R\$34.500,00 A R\$35.000,00 ☐ R\$35.000,00 A R\$35.500,00 ☐ R\$35.500,00 A R\$36.000,00 ☐ R\$36.000,00 A R\$36.500,00 ☐ R\$36.500,00 A R\$37.000,00 ☐ R\$37.000,00 A R\$37.500,00 ☐ R\$37.500,00 A R\$38.000,00 ☐ R\$38.000,00 A R\$38.500,00 ☐ R\$38.500,00 A R\$39.000,00 ☐ R\$39.000,00 A R\$39.500,00 ☐ R\$39.500,00 A R\$40.000,00 ☐ R\$40.000,00 A R\$40.500,00 ☐ R\$40.500,00 A R\$41.000,00 ☐ R\$41.000,00 A R\$41.500,00 ☐ R\$41.500,00 A R\$42.000,00 ☐ R\$42.000,00 A R\$42.500,00 ☐ R\$42.500,00 A R\$43.000,00 ☐ R\$43.000,00 A R\$43.500,00 ☐ R\$43.500,00 A R\$44.000,00 ☐ R\$44.000,00 A R\$44.500,00 ☐ R\$44.500,00 A R\$45.000,00 ☐ R\$45.000,00 A R\$45.500,00 ☐ R\$45.500,00 A R\$46.000,00 ☐ R\$46.000,00 A R\$46.500,00 ☐ R\$46.500,00 A R\$47.000,00 ☐ R\$47.000,00 A R\$47.500,00 ☐ R\$47.500,00 A R\$48.000,00 ☐ R\$48.000,00 A R\$48.500,00 ☐ R\$48.500,00 A R\$49.000,00 ☐ R\$49.000,00 A R\$49.500,00 ☐ R\$49.500,00 A R\$50.000,00 ☐ R\$50.000,00 A R\$50.500,00 ☐ R\$50.500,00 A R\$51.000,00 ☐ R\$51.000,00 A R\$51.500,00 ☐ R\$51.500,00 A R\$52.000,00 ☐ R\$52.000,00 A R\$52.500,00 ☐ R\$52.500,00 A R\$53.000,00 ☐ R\$53.000,00 A R\$53.500,00 ☐ R\$53.500,00 A R\$54.000,00 ☐ R\$54.000,00 A R\$54.500,00 ☐ R\$54.500,00 A R\$55.000,00 ☐ R\$55.000,00 A R\$55.500,00 ☐ R\$55.500,00 A R\$56.000,00 ☐ R\$56.000,00 A R\$56.500,00 ☐ R\$56.500,00 A R\$57.000,00 ☐ R\$57.000,00 A R\$57.500,00 ☐ R\$57.500,00 A R\$58.000,00 ☐ R\$58.000,00 A R\$58.500,00 ☐ R\$58.500,00 A R\$59.000,00 ☐ R\$59.000,00 A R\$59.500,00 ☐ R\$59.500,00 A R\$60.000,00 ☐ R\$60.000,00 A R\$60.500,00 ☐ R\$60.500,00 A R\$61.000,00 ☐ R\$61.000,00 A R\$61.500,00 ☐ R\$61.500,00 A R\$62.000,00 ☐ R\$62.000,00 A R\$62.500,00 ☐ R\$62.500,00 A R\$63.000,00 ☐ R\$63.000,00 A R\$63.500,00 ☐ R\$63.500,00 A R\$64.000,00 ☐ R\$64.000,00 A R\$64.500,00 ☐ R\$64.500,00 A R\$65.000,00 ☐ R\$65.000,00 A R\$65.500,00 ☐ R\$65.500,00 A R\$66.000,00 ☐ R\$66.000,00 A R\$66.500,00 ☐ R\$66.500,00 A R\$67.000,00 ☐ R\$67.000,00 A R\$67.500,00 ☐ R\$67.500,00 A R\$68.000,00 ☐ R\$68.000,00 A R\$68.500,00 ☐ R\$68.500,00 A R\$69.000,00 ☐ R\$69.000,00 A R\$69.500,00 ☐ R\$69.500,00 A R\$70.000,00 ☐ R\$70.000,00 A R\$70.500,00 ☐ R\$70.500,00 A R\$71.000,00 ☐ R\$71.000,00 A R\$71.500,00 ☐ R\$71.500,00 A R\$72.000,00 ☐ R\$72.000,00 A R\$72.500,00 ☐ R\$72.500,00 A R\$73.000,00 ☐ R\$73.000,00 A R\$73.500,00 ☐ R\$73.500,00 A R\$74.000,00 ☐ R\$74.000,00 A R\$74.500,00 ☐ R\$74.500,00 A R\$75.000,00 ☐ R\$75.000,00 A R\$75.500,00 ☐ R\$75.500,00 A R\$76.000,00 ☐ R\$76.000,00 A R\$76.500,00 ☐ R\$76.500,00 A R\$77.000,00 ☐ R\$77.000,00 A R\$77.500,00 ☐ R\$77.500,00 A R\$78.000,00 ☐ R\$78.000,00 A R\$78.500,00 ☐ R\$78.500,00 A R\$79.000,00 ☐ R\$79.000,00 A R\$79.500,00 ☐ R\$79.500,00 A R\$80.000,00 ☐ R\$80.000,00 A R\$80.500,00 ☐ R\$80.500,00 A R\$81.000,00 ☐ R\$81.000,00 A R\$81.500,00 ☐ R\$81.500,00 A R\$82.000,00 ☐ R\$82.000,00 A R\$82.500,00 ☐ R\$82.500,00 A R\$83.000,00 ☐ R\$83.000,00 A R\$83.500,00 ☐ R\$83.500,00 A R\$84.000,00 ☐ R\$84.000,00 A R\$84.500,00 ☐ R\$84.500,00 A R\$85.000,00 ☐ R\$85.000,00 A R\$85.500,00 ☐ R\$85.500,00 A R\$86.000,00 ☐ R\$86.000,00 A R\$86.500,00 ☐ R\$86.500,00 A R\$87.000,00 ☐ R\$87.000,00 A R\$87.500,00 ☐ R\$87.500,00 A R\$88.000,00 ☐ R\$88.000,00 A R\$88.500,00 ☐ R\$88.500,00 A R\$89.000,00 ☐ R\$89.000,00 A R\$89.500,00 ☐ R\$89.500,00 A R\$90.000,00 ☐ R\$90.000,00 A R\$90.500,00 ☐ R\$90.500,00 A R\$91.000,00 ☐ R\$91.000,00 A R\$91.500,00 ☐ R\$91.500,00 A R\$92.000,00 ☐ R\$92.000,00 A R\$92.500,00 ☐ R\$92.500,00 A R\$93.000,00 ☐ R\$93.000,00 A R\$93.500,00 ☐ R\$93.500,00 A R\$94.000,00 ☐ R\$94.000,00 A R\$94.500,00 ☐ R\$94.500,00 A R\$95.000,00 ☐ R\$95.000,00 A R\$95.500,00 ☐ R\$95.500,00 A R\$96.000,00 ☐ R\$96.000,00 A R\$96.500,00 ☐ R\$96.500,00 A R\$97.000,00 ☐ R\$97.000,00 A R\$97.500,00 ☐ R\$97.500,00 A R\$98.000,00 ☐ R\$98.000,00 A R\$98.500,00 ☐ R\$98.500,00 A R\$99.000,00 ☐ R\$99.000,00 A R\$99.500,00 ☐ R\$99.500,00 A R\$100.000,00 ☐ R\$100.000,00 A R\$100.500,00 ☐ R\$100.500,00 A R\$101.000,00 ☐ R\$101.000,00 A R\$101.500,00 ☐ R\$101.500,00 A R\$102.000,00 ☐ R\$102.000,00 A R\$102.500,00 ☐ R\$102.500,00 A R\$103.000,00 ☐ R\$103.000,00 A R\$103.500,00 ☐ R\$103.500,00 A R\$104.000,00 ☐ R\$104.000,00 A R\$104.500,00 ☐ R\$104.500,00 A R\$105.000,00 ☐ R\$105.000,00 A R\$105.500,00 ☐ R\$105.500,00 A R\$106.000,00 ☐ R\$106.000,00 A R\$106.500,00 ☐ R\$106.500,00 A R\$107.000,00 ☐ R\$107.000,00 A R\$107.500,00 ☐ R\$107.500,00 A R\$108.000,00 ☐ R\$108.000,00 A R\$108.500,00 ☐ R\$108.500,00 A R\$109.000,00 ☐ R\$109.000,00 A R\$109.500,00 ☐ R\$109.500,00 A R\$110.000,00 ☐ R\$110.000,00 A R\$110.500,00 ☐ R\$110.500,00 A R\$111.000,00 ☐ R\$111.000,00 A R\$111.500,00 ☐ R\$111.500,00 A R\$112.000,00 ☐ R\$112.000,00 A R\$112.500,00 ☐ R\$112.500,00 A R\$113.000,00 ☐ R\$113.000,00 A R\$113.500,00 ☐ R\$113.500,00 A R\$114.000,00 ☐ R\$114.000,00 A R\$114.500,00 ☐ R\$114.500,00 A R\$115.000,00 ☐ R\$115.000,00 A R\$115.500,00 ☐ R\$115.500,00 A R\$116.000,00 ☐ R\$116.000,00 A R\$116.500,00 ☐ R\$116.500,00 A R\$117.000,00 ☐ R\$117.000,00 A R\$117.500,00 ☐ R\$117.500,00 A R\$118.000,00 ☐ R\$118.000,00 A R\$118.500,00 ☐ R\$118.500,00 A R\$119.000,00 ☐ R\$119.000,00 A R\$119.500,00 ☐ R\$119.500,00 A R\$120.000,00 ☐ R\$120.000,00 A R\$120.500,00 ☐ R\$120.500,00 A R\$121.000,00 ☐ R\$121.000,00 A R\$121.500,00 ☐ R\$121.500,00 A R\$122.000,00 ☐ R\$122.000,00 A R\$122.500,00 ☐ R\$122.500,00 A R\$123.000,00 ☐ R\$123.000,00 A R\$123.500,00 ☐ R\$123.500,00 A R\$124.000,00 ☐ R\$124.000,00 A R\$124.500,00 ☐ R\$124.500,00 A R\$125.000,00 ☐ R\$125.000,00 A R\$125.500,00 ☐ R\$125.500,00 A R\$126.000,00 ☐ R\$126.000,00 A R\$126.500,00 ☐ R\$126.500,00 A R\$127.000,00 ☐ R\$127.000,00 A R\$127.500,00 ☐ R\$127.500,00 A R\$128.000,00 ☐ R\$128.000,00 A R\$128.500,00 ☐ R\$128.500,00 A R\$129.000,00 ☐ R\$129.000,00 A R\$129.500,00 ☐ R\$129.500,00 A R\$130.000,00 ☐ R\$130.000,00 A R\$130.500,00 ☐ R\$130.500,00 A R\$131.000,00 ☐ R\$131.000,00 A R\$131.500,00 ☐ R\$131.500,00 A R\$132.000,00 ☐ R\$132.000,00 A R\$132.500,00 ☐ R\$132.500,00 A R\$133.000,00 ☐ R\$133.000,00 A R\$133.500,00 ☐ R\$133.500,00 A R\$134.000,00 ☐ R\$134.000,00 A R\$134.500,00 ☐ R\$134.500,00 A R\$135.000,00 ☐ R\$135.000,00 A R\$135.500,00 ☐ R\$135.500,00 A R\$136.000,00 ☐ R\$136.000,00 A R\$136.500,00 ☐ R\$136.500,00 A R\$137.000,00 ☐ R\$137.000,00 A R\$137.500,00 ☐ R\$137.500,00 A R\$138.000,00 ☐ R\$138.000,00 A R\$138.500,00 ☐ R\$138.500,00 A R\$139.000,00 ☐ R\$139.000,00 A R\$139.500,00 ☐ R\$139.500,00 A R\$140.000,00 ☐ R\$140.000,00 A R\$140.500,00 ☐ R\$140.500,00 A R\$141.000,00 ☐ R\$141.000,00 A R\$141.500,00 ☐ R\$141.500,00 A R\$142.000,00 ☐ R\$142.000,00 A R\$142.500,00 ☐ R\$142.500,00 A R\$143.000,00 ☐ R\$143.000,00 A R\$143.500,00 ☐ R\$143.500,00 A R\$144.000,00 ☐ R\$144.000,00 A R\$144.500,00 ☐ R\$144.500,00 A R\$145.000,00 ☐ R\$145.000,00 A R\$145.500,00 ☐ R\$145.500,00 A R\$146.000,00 ☐ R\$146.000,00 A R\$146.500,00 ☐ R\$146.500,00 A R\$147.000,00 ☐ R\$147.000,00 A R\$147.500,00 ☐ R\$147.500,00 A R\$148.000,00 ☐ R\$148.000,00 A R\$148.500,00 ☐ R\$148.500,00 A R\$149.000,00 ☐ R\$149.000,00 A R\$149.500,00 ☐ R\$149.500,00 A R\$150.000,00 ☐ R\$150.000,00 A R\$150.500,00 ☐ R\$150.500,00 A R\$151.000,00 ☐ R\$151.000,00 A R\$151.500,00 ☐ R\$151.500,00 A R\$152.000,00 ☐ R\$152.000,00 A R\$152.500,00 ☐ R\$152.500,00 A R\$153.000,00 ☐ R\$153.000,00 A R\$153.500,00 ☐ R\$153.500,00 A R\$154.000,00 ☐ R\$154.000,00 A R\$154.500,00 ☐ R\$154.500,00 A R\$155.000,00 ☐ R\$155.000,00 A R\$155.500,00 ☐ R\$155.500,00 A R\$156.000,00 ☐ R\$156.000,00 A R\$156.500,00 ☐ R\$156.500,00 A R\$157.000,00 ☐ R\$157.000,00 A R\$157.500,00 ☐ R\$157.500,00 A R\$158.000,00 ☐ R\$158.000,00 A R\$158.500,00 ☐ R\$158.500,00 A R\$159.000,00 ☐ R\$159.000,00 A R\$159.500,00 ☐ R\$159.500,00 A R\$160.000,00 ☐ R\$160.000,00 A R\$160.500,00 ☐ R\$160.500,00 A R\$161.000,00 ☐ R\$161.000,00 A R\$161.500,00 ☐ R\$161.500,00 A R\$162.000,00 ☐ R\$162.000,00 A R\$162.500,00 ☐ R\$162.500,00 A R\$163.000,00 ☐ R\$163.000,00 A R\$163.500,00 ☐ R\$163.500,00 A R\$164.000,00 ☐ R\$164.000,00 A R\$164.500,00 ☐ R\$164.500,00 A R\$165.000,00 ☐ R\$165.000,00 A R\$165.500,00 ☐ R\$165.500,00 A R\$166.000,00 ☐ R\$166.000,00 A R\$166.500,00 ☐ R\$166.500,00 A R\$167.000,00 ☐ R\$167.000,00 A R\$167.500,00 ☐ R\$167.500,00 A R\$168.000,00 ☐ R\$168.000,00 A R\$168.500,00 ☐ R\$168.500,00 A R\$169.000,00 ☐ R\$169.000,00 A R\$169.500,00 ☐ R\$169.500,00 A R\$170.000,00 ☐ R\$170.000,00 A R\$170.500,00 ☐ R\$170.500,00 A R\$171.000,00 ☐ R\$171.000,00 A R\$171.500,00 ☐ R\$171.500,00 A R\$172.000,00 ☐ R\$172.000,00 A R\$172.500,00 ☐ R\$172.500,00 A R\$173.000,00 ☐ R\$173.000,00 A R\$173.500,00 ☐ R\$173.500,00 A R\$174.000,00 ☐ R\$174.000,00 A R\$174.500,00 ☐ R\$174.500,00 A R\$175.000,00 ☐ R\$175.000,00 A R\$175.500,00 ☐ R\$175.500,00 A R\$176.000,00 ☐ R\$176.000,00 A R\$176.500,00 ☐ R\$176.500,00 A R\$177.000,00 ☐ R\$177.000,00 A R\$177.500,00 ☐ R\$177.500,00 A R\$178.000,00 ☐ R\$178.000,00 A R\$178.500,00 ☐ R\$178.500,00 A R\$179.000,00 ☐ R\$179.000,00 A R\$179.500,00 ☐ R\$179.500,00 A R\$180.000,00 ☐ R\$180.000,00 A R\$180.500,00 ☐ R\$180.500,00 A R\$181.000,00 ☐ R\$181.000,00 A R\$181.500,00 ☐ R\$181.500,00 A R\$182.000,00 ☐ R\$182.000,00 A R\$182.500,00 ☐ R\$182.500,00 A R\$183.000,00 ☐ R\$183.000,00 A R\$183.500,00 ☐ R\$183.500,00 A R\$184.000,00 ☐ R\$184.000,00 A R\$184.500,00 ☐ R\$184.500,00 A R\$185.000,00 ☐ R\$185.000,00 A R\$185.500,00 ☐ R\$185.500,00 A R\$186.000,00 ☐ R\$186.000,00 A R\$186.500,00 ☐ R\$186.500,00 A R\$187.000,00 ☐ R\$187.000,00 A R\$187.500,00 ☐ R\$187.500,00 A R\$188.000,00 ☐ R\$188.000,00 A R\$188.500,00 ☐ R\$188.500,00 A R\$189.000,00 ☐ R\$189.000,00 A R\$189.500,00 ☐ R\$189.500,00 A R\$190.000,00 ☐ R\$190.000,00 A R\$190.500,00 ☐ R\$190.500,00 A R\$191.000,00 ☐ R\$191.000,00 A R\$191.500,00 ☐ R\$191.500,00 A R\$192.000,00 ☐ R\$192.000,00 A R\$192.500,00 ☐ R\$192.500,00 A R\$193.000,00 ☐ R\$193.000,00 A R\$193.500,00 ☐ R\$193.500,00 A R\$194.000,00 ☐ R\$194.000,00 A R\$194.500,00 ☐ R\$194.500,00 A R\$195.000,00 ☐ R\$195.000,00 A R\$195.500,00 ☐ R\$195.500,00 A R\$196.000,00 ☐ R\$196.000,00 A R\$196.500,00

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

BRADESCO0508202005000000000023705876000000016143236250 PAGO



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 Manoel, 130 - Bairro, Natal - RN - CEP 59035-250
CNPJ 08.324.186/0001-01 | Ins. Est. 20055159-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FABIANA PINHEIRO VITORINO
CPF: 075.752.344-70

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV SEVERINO CORREIA DA SILVA 47
GUARUAREÁ RURAL
SÃO BENTO DO NORTE RN
59590-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
Monofásica

SERIE
7013591886
02/2020

DATA DE VENCIMENTO
27/02/2020
19/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
30,05

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSEI	45.0000000	0.28839075
Consumo Ativo(kWh)-TE	45.0000000	0.28241831
Acrescimo Bandeira AMARELA		0.21
Contrib. Ilum. Pública Municipal		3.44
Multa por atraso-NF 033421916 - 20/11/19		0.50
Multa por atraso-NF 034826412 - 20/12/19		0.82
Juros por atraso-NF 033421916 - 20/11/19		0.46
Juros por atraso-NF 034826412 - 20/12/19		0.39
Atualização IGP-M-NF 033421916 - 20/11/19		0.91
Atualização IGP-M-NF 034826412 - 20/12/19		0.20
Compensação DIC Anual 2019		-0.36

TOTAL DA FATURA 30,05

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIORE DATA	ANTERIORE LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
30347527	CAT	21/01/2020	2.902,00	18/02/2020	3.647,80	28	0,0000	0,0000	45,38

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
FEV 20	45	0,29
JAN 20	57	0,36
DEZ 19	42	0,27
NOV 19	44	0,28
OUT 19	49	0,31
SET 19	44	0,28
AGO 19	45	0,29

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
Geração de Energia	R\$ 1,08	44,34%
Transmissão	R\$ 1,78	4,92%
Distribuição (Consumo)	R\$ 7,41	30,85%
Perdas de Energia	R\$ 1,80	8,30%
Encargos Setoriais	R\$ 1,72	7,17%
Tributos	R\$ 1,04	4,24%
Total	R\$ 23,83	100%

TARIFAS APLICADAS

TARIFAS APLICADAS	VALOR (R\$)
Tarifa Social de Energia Elétrica	0,29



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

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica

-TELEATE

-Atendimento ao deficiente auditivo

Agência Reguladora de Serviços
ARSEP 0800 727 0157 -Ligação
Agência Nacional de Energia Elétrica
Ligação Gratuita

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 -

TOTAL A PAGAR

R\$ 108,27

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

Estaque aqui

CONTA CONTRATO

7002965210

MÊS/ANO

02/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 108,27

VENCIMENTO

04/03/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e rasurar.
Este canhoto será
leitoria ótica.



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memec, 156, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-01 | Ins. Est. 20/55109-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FABIANA PINHEIRO VITORINO

CPF 075.752.344-70

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV SEVERINO CORREIA DA SILVA 47

GUAJIRUBÁ/ÁREA RURAL
SÃO BENTO DO NORTE RN
59590-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	VERSÃO
037931871	UNICA	18/02/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/02/2020	3010555138	2108201

CONTA CONTÁBIL	MÊS/ANO
7013591886	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO ANTIGA
27/02/2020	19/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	30,05

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	45,0000000	0,28938075	11,88
Consumo Ativo (kWh)-TE	45,0000000	0,26241631	11,80
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,21
Contrib. Sum. Publica Municipal			3,44
Multa por atraso-NF 039421916 - 20/11/19			0,50
Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,52
Juros por atraso-NF 039421916 - 20/11/19			0,48
Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,39
Atualização IGPM-NF 039421916 - 20/11/19			0,91
Atualização IGPM-NF 034926412 - 20/12/19			0,20
Compensação DIC Anual 2019			-0,36

TOTAL DA FATURA

30,05

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
80347523	CAT	21/01/2020	7.802,00	18/02/2020	7.847,00	28	1,0000		45,00

NÍVEL DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
FEV 20	45		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$ 11,88	44,34%
JAN 20	57		ICMS	23,38	0,78	Transmissão	R\$ 1,18	4,92%
DEZ 19	48		PIS	23,38	0,18	Distribuição (COSERN)	R\$ 7,41	30,00%
NOV 19	44		COPINS	23,38	0,58	Perda de Energia	R\$ 1,99	8,30%
OUT 19	48					Encargos Setoriais	R\$ 1,72	7,17%
SET 19	44					Tributos	R\$ 1,14	4,76%
AGO 19	45					Total	R\$ 21,88	100%

Consumo Ativo (kWh)-TUSD

OUTRAS APLICADAS

0,26241631



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

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

Número do documento: 20121515094683500000061191530

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: 4020-1596 / 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 RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCOS BATISTA FABRICIO
inscrito (a) no CPF/CNPJ 806785054, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUN inscrito (a) no CPF sob o Nº 058290514, 19

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL GERMANO DE ARAUJO JR

inscrito (a) no CPF sob o Nº 058290514, 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 XARU</u>	Número: <u>140</u>	Complemento: <u>003R</u>
Bairro: <u>PAJUEARA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>50135-040</u>	Tel.(DDD): <u>(84)98782-0211</u>

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

MARCOS BATISTA FABRICIO

Assinatura do Declarante





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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	Q.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, depois, colisão
moto/animal. Refere que o impacto foi no MSD,
na região TCE, trauma torácico e abdominal.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VAP
B Gernico
C Estável
D ECO IS
E

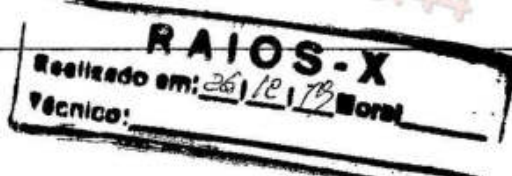
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen e Pelvis livres.

*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(ALÉRGICAS)

não

M(MEDICAÇÃO EM USO)

não

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

não

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

atual

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX Braço e antebraço O APB

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

① Alta da CG

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dra. Mariana C. Gomes
M.R. Cirurgia Geral
CRM 946

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ORTOPEDIA

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

OBITO: DATA

HORA

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



ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA: 1- RECAJA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPÍTIOS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR (IDEAL); 2- ABRUA VIA AEREA; 3- SE PULSO 4- AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR); 5- SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (POSICIONAR BOLSA VALVA, MÁSCARA); 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANCO/ROSA EM LACTENTES); 7- SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, TORAX (PROPORÇÃO 30:2 ATÉ A CHEGADA DO DEJA); 8- DEJA DISPONÍVEL: ANÁLISE O RÍTMO; 9- RÍTMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 J P/DEJA BIFÁSICO); E REINICIE RCP; 10- RÍTMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2); 11- AVALIE O RÍTMO A CADA 3 CICLOS; 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR; 13- RÍTMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2); 14- AVALIE O RÍTMO A CADA 3 CICLOS; 15- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: *Ortopedia*

ANAMNESE *Paciente c/ fratura distal de úmero*
2º por trauma

EXAME FÍSICO *Deficit motor M5D*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura ocular (AO)	4
Oftalmos se abrem espontaneamente.	4
Oftalmos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalmos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MPV)	5
Orientado (Responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, e data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas conscientemente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem trocas fonéticas)	3
Sons ininteligíveis. (Gaguejando sem qualquer palavras.)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz movimentos simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta inapropriada a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	12-20 = 3
	8-20 = 2
	1-50 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	60 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2009)*

03- 08=grave (necessidade de intubação imediata);

09- 3= moderado;

14-15=leve

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1974;2:81-94

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com teste superior a 3 pontos. Na Escala Quantitativa indicam-se os doentes que classificam a gravidade de sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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



Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157426 MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR** Prontuário:
CNS: 706205562095361 Nascimento: 24/08/1978 Sexo: Masculino Cor: PARDA
Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO Pai: MANOEL 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

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 38002 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM FRATURA DIAFISÁRIA DE UMEMO DIREITO APÓS TRAUMA.
SEM DEFICIT MOTOR EM MSD.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RX + CLINICA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
VER ACIMA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO



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 / Assistente:

FILIPPI RANIERI ALVES

Filippi Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 157426

CRM: 6963 / RN

Data da Solicitação 25/12/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajetado

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:





GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 25/12/2019 Alta: 1/1/_____
Nome: Manoel Germano de Araújo Junior Naturalidade: S. Bento do Sul
Idade: 41 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 24/08/1978
RG: 2.109.620 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Fundamental
Filiação: Pai: Manoel Germano de Araújo Mãe: Linacupe Silva de Araújo
Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: Telefone Residencial: 991045980 () Residencial () Trabalho () Recado

Contato: _____ Outros telefones: _____

Composição familiar: Mãe, pai e filha e acompanhante

Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

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

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: SCS P8 - L do MONTE

Crêditos para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Eliete Silva de Araújo
Parentesco: Mãe Telefone: 91302212
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

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

Paciente internado de acidente de trânsito
levado ao hospital por meio de ambulância.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITP () 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.





GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 25/12/2019 Alta: 1/1/2020
Nome: Manoel Germano de Araújo Junior Naturalidade: S. Paulo do Norte
Idade: 41 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 24/08/1978
RG: 2.109.620 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Fundamental
Filiação: Pai: Manoel Germano de Araújo Mãe: Linacira Silva de Araújo
Endereço: _____

Cidade: _____
Telefone: Telefone - Residência: 991075980 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Mãe e filha e acompanhante
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Padeiro 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: SCS Ps - L do Norte

Crêterios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Eliete Silva de Araújo
Parentesco: Mãe Telefone: 91302212
Endereço do Responsável: O. N. Silva

Evolução

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

Pac. Natureza de acidente de trânsito
elevado. Inspecção lesões ósseas e articulares.

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

Peso:

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 DEFICIT MOTOR EM MSD.

AGUARDA TRANSFERENCIA P/ CIRURGIA DE URGENCIA, VIA NIR.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

1 - LIVRE

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

MEDICAMENTO

2 - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML
SIST. F

1

BOLUS

IV

12h/12h

13:00 20

3 - DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

1

AMP

IV

6h/6h

18:00 06-12

4 - TENOXICAN 40MG - PO

1

FA

IV

24h/24h

13:00

5 - OMEPRAZOL 20 MG

1

CAP

VO

24h/24h

13:00

CUIDADOS

6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

6h/6h

Filippi Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Membro Superior
CRM 6963/RNFILIPPI RANIERI ALVES
CRM-6963/RN

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

Nº: 1

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 59590000

Cidade: SAO BENTO DO NORTE

Telefone: 84 92094960 84 92094960

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1003

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 UMER O
408020393 -

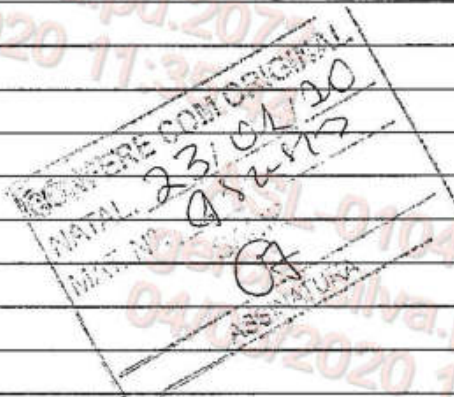
DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura diafisária de úmero D

RESUMO DE ALTA

Aprovada transferência p/ cirurgia via NIR

Filippi Ranieri Akkas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Tomarzo
CRM RN 6963/TEOT 15251



NATAL, 25 de Dezembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





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

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

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

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

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



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

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	002.109.620	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/07/2018
NOME	MANDEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR		
FILIAÇÃO	MANDEL GERMANO DE ARAUJO LINDALVA SILVA DE ARAUJO		
NATURALIDADE	SÃO BENTO DO NORTE RN		
CERT. DE NASCIMENTO	L-404 F-52 RG-1380		
SÃO BENTO DO NORTE RN-CARTÓRIO ÚNICO CARTÓRIO		2a. VIA	
CNPJ	058.290.514-19		

José Carlos Ferreira do N. Junior
Diretor de Identificação

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

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

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

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

ASL-0104460/20
gercia.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 JUNIOR **Data do acidente:** 25/12/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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





Seguradora

LÍDER
Atividade autorizada pelo SUSEP (04/04)**FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradolider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas 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 CONTATOTel. Celular: (84) 992094960
DDDTel. Comercial: ()
DDDTel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☒ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informa qual(is)
documentos estão
sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IME☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA 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 CIRURGICO EM MEU UMBRO DO BRAÇO DIREITO POIS HOJE TENHO SEQUELAS E DIFICULDADE COM MOVIMENTOS COMO SEGUE 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 a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que 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).



OUTORGANTE:

OUTORGADO:

Num. 63852605 - Pág. 28

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/PR e do CPF: 058290514-19, residente
no(a) AVENIDA SEVERINO CORREIA nº 47,
bairro: POUCADO GUATIRU, município: SÃO BENTO DO NORTE RN.

OUTORGADO:

Nome: MARCELO BATISTA FABRICIO, brasileiro(a)
estado civil: DIVORCIADO Profissão: RECUSO, portador(a) do RG
13453400, órgão expedidor SP/RN e do CPF: 8067850511-20, residente
no(a) RUA DO XARU nº 146,
bairro: RAJUEIRA, 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

MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Reconhecimento de Firma
FRENTE

Notário Público de Oliveira
CPF: 095.310.804-02

Ofício Único de Notas de São Bento do Norte - RN
R. A. Azeiteiro, 784 - Centro - 55.549-000 - São Bento do Norte - RN
Fone: (51) 3333-1111 - E-mail: OficioUnico@sbnt.rn.gov.br

Reconheço AUTÊNTICA a firma de MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR
Assinada na presença: Lúcia Fe
SÃO BENTO DO NORTE/RN 3 de Fevereiro de 2020 09:54:30
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjm.jus/selo>
Selo Digital: RN202000954970001853NNP

NOTÁRIO / SUBSTITUTO

4472389



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128285/20

Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

CPF: 058.290.514-19

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

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

