



Número: **0800097-39.2018.8.20.5163**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA (AUTOR)</b>	<b>KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)</b>	<b>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data	Documento	Tipo
106379619	03/09/2023 20:37	<a href="#">Petição</a>	Petição
106379620	03/09/2023 20:37	<a href="#">2813887_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL</a> <a href="#">_Anexo_02</a>	Documento de Comprovação



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE IPANGUACU/RN**

**Processo: 08000973920188205163**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

**Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.**

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

IPANGUACU, 30 de agosto de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**  
**OAB/RN 11929**

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372432600000100067737>  
Número do documento: 23090320372432600000100067737

Num. 106379619 - Pág. 1  
Pág. Total - 1

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372432600000100067737>  
Número do documento: 23090320372432600000100067737

Num. 106379619 - Pág. 2  
Pág. Total - 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372432600000100067737>  
Número do documento: 23090320372432600000100067737

Num. 106379619 - Pág. 3  
Pág. Total - 3



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANUCAU**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

MUNICÍPIO APROVADO



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão/SUS: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Data: 22/03/17 Hora da Entrada: 18:30  
 Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
 \_\_\_\_\_ Comatoso \_\_\_\_\_ c/Hemorragia \_\_\_\_\_ em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

\_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

\_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

\_\_\_\_\_

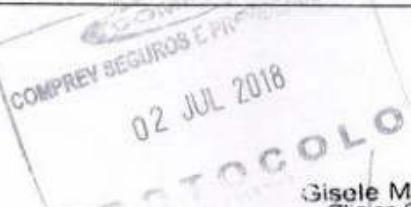
### EXAMES SOLICITADOS:

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

\_\_\_\_\_ CLÍNICO \_\_\_\_\_ CIRURGIA \_\_\_\_\_ ORTOPEDIA \_\_\_\_\_ NEUROLOGIA  
 \_\_\_\_\_ OFTALMOLOGIA \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_ INTERNAMENTO SETOR \_\_\_\_\_

### CONDUTA MÉDICA

① Rx de Diagnóstico \_\_\_\_\_  
 ② Rx de Pronto \_\_\_\_\_  
 Gastroenterológico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Assinatura Resp. Administração da Medicina

Assinatura Médico / Carimbo





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Solange Pereira dos S. Silva** | CPF da Vítima **034.030.664-52** | Data do Acidente **17.03.2018**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Assinatura* **Solange Pereira dos S. Silva**

Local e Data

*Assinatura* **02 JUL 2018**  
**PROTOCOLO**  
**AG. NATAL**

**Solange Pereira dos S. Silva**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE IPANUACU/RN

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 081/2018**

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	
Local: RN 118 – CANTO GRANDE	
Data do Fato: 17/03/2018	Horário: 17:00 HORAS
COMUNICANTE: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA	Fone: 84 3533-7820
VITIMA: A Comunicante.	
Filiação: EXPEDITO PEREIRA DOS SANTOS E JOANA DARC DOS SANTOS	Doc RG: 001.440.369 – SSP/RN
Estado civil: CASADA	CPF: 034.030.664-52
Naturalidade: IPANGUAÇU-RN	Profissão: Agricultora
Nascido em: 15/05/1978	IDADE: 40 ANOS
Endereço: Povoado NOVA DESCOBERTA – Nº 98 – ZONA RURAL – IPANGUAÇU/RN – CEP: 59508-000	Nacionalidade: BRASILEIRA

## RESUMO

**OBSERVAÇÃO: BOLETIM DE OCORRÊNCIA REGISTRADO CONFORME PORTARIA Nº 001/2016 – GDG/PC DE 30 DE JANEIRO DE 2016 – PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO – DOE, PARA FINS DE INSTRUÇÃO DO PLEITO RELATIVO AO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT.**

SERVIDOR QUE EXECUTOU O REGISTRO: ALCEBIADES FERNANDES E SILVA NETO –  
MATRÍCULA 168.554-6.

LOCAL DO ACIDENTE, DATA E HORÁRIO: RN 118 – COMUNIDADE DO CANTO GRANDE – ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE AFONSO BEZERRA – DIA 17/03/2018 – POR VOLTA DAS 17 HORAS.

UNIDADE MÉDICA QUE PRESTOU ATENDIMENTO: - HOSPITAL MUNICIPAL DE IPANUÁCU  
IPANUÁCU/RN, ASSINADO PELA DRA. GISELE MATTIOLI - CRM 6850 - HOSPITAL REGIONAL  
NELSON INÁCIO DOS SANTOS E HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

## FATOS

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL O COMUNICANTE, OCASIÃO NA QUAL FEZ O SEGUINTE RELATO: QUE A VÍTIMA VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN – PLACAS MZJ – 8375 – ANO 2008 – COR PRETA – RENAVAM 00976523167 – OPORTUNIDADE EM QUE O CONDUTOR IDAILTON GUILHERME LOPES TENTOU LIVRAR ALGUNS BURACOS NA PISTA E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A SOFRER UMA QUEDA NA VIA, O QUE ACARRETOU DANOS CORPORAIS E MATERIAIS NA COMUNICANTE/VÍTIMA. QUE PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE IPANCUAÇU PARA REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT. NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PREGUNTADO.

Registrado em: 06/06/2018	Horário: 13h15min
<u>Silvana Pereira dos Santos, m</u> Assinatura do Comunicante	 Servidor e Matrícula





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

034.030.664-52

Nome completo da vítima

Solange Pereira dos Santos Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Solange Pereira dos Santos Silva	034.030.664-52	Agricultora	
Endereço	Número	Complemento	
Policlado Nova Penseoburta	98	casa	
Bairro	Estado	CEP	
Zona Rural	RN	59.508-000	
Email:		Telefone (DDD)	849.9600-9440

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

COMPROV. SEGURO E TENDO DIREITO

2 JUL 2018

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE ( todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO

001

AGÊNCIA

NRO:

D/V

CONTA

NRO:

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO:

D/V

CONTA

NRO:

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Abreu/RN 25 de junho de 2018  
Local e Data

Solange Pereira dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



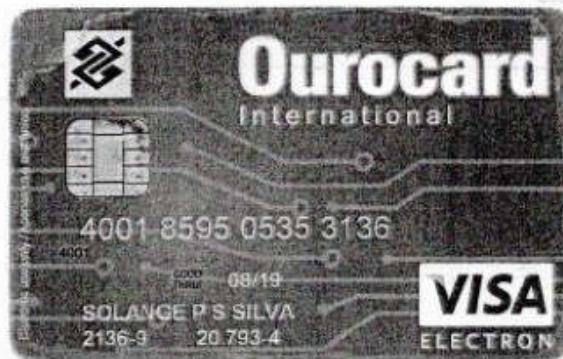
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>

Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 4

Pág. Total - 7





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180381820**      **Vítima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 17/03/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00297/00298 - carta\_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14022208



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>  
Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 6  
Pág. Total - 9

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**  
Nº Sinistro: **3180381820**  
Vitima: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**  
Data do Acidente: **17/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180381820**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01865/01866 - carta\_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13337456



---

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

**Sinistro:** **3180381820**

**Vítima:** **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente:** **17/03/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180381820** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180381820**  
Vitima: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**  
Data do Acidente: **17/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180381820**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13257214

Pag. 00193/00194 - carta\_01 - INVALIDEZ



---

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180301980**  
Vitima: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**  
Data do Acidente: **17/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180301980**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00673/00674 - carta\_04 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>  
Número do documento: 23090320372440400000100067738

Carta nº 13164217

Num. 106379620 - Pág. 10  
Pág. Total - 13

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**  
Nº Sinistro: **3180301980**  
Vitima: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**  
Data do Acidente: **17/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180301980**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00013/00014 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060007  


A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13069619



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>  
Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 11  
Pág. Total - 14

---

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180301980**  
Vitima: **SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA**  
Data do Acidente: **17/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180301980**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13046184





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

034.030.664-52

Nome completo da vítima

Solange Pereira dos Santos Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Solange Pereira dos Santos Silva	034.030.664-52	Agricultora
Endereço	Número	Complemento
Polivaldo Nova Pereoburta	98	casa
Bairro	Estado	CEP
Zona Rural	RN	59.508-000
Email:		Telefone (DDD)
		849.9600-9440

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

COMPROV. SEGURO E RESIDÊNCIA

2 JUL 2018

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE ( todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO

001

AGÊNCIA

NRO:

D/V

CONTA

NRO:

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO:

D/V

CONTA

NRO:

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Abreu/RN 25 de junho de 2018  
Local e Data

Solange Pereira dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



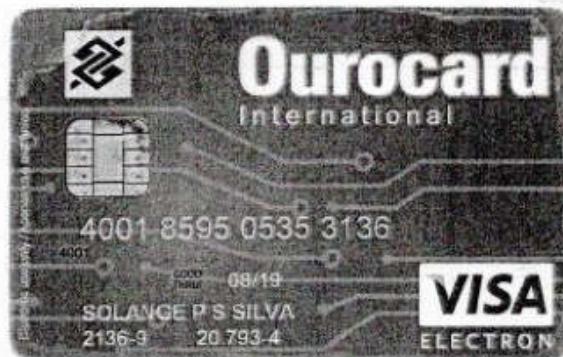
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24

<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>

Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 13

Pág. Total - 16



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>  
Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 14  
Pág. Total - 17



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE IPANUACU/RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 081/2018

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	
Local: RN 118 – CANTO GRANDE	
Data do Fato: 17/03/2018	Horário: 17:00 HORAS
COMUNICANTE: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA	Fone: 84 3533-7820
VITIMA: A Comunicante.	
Filiação: EXPEDITO PEREIRA DOS SANTOS E JOANA DARC DOS SANTOS	Doc RG: 001.440.369 – SSP/RN CPF: 034.030.664-52
Estado civil: CASADA	
Naturalidade: IPANGUAÇU-RN	Profissão: Agricultora
Nascido em: 15/05/1978	IDADE: 40 ANOS
Endereço: Povoado NOVA DESCOBERTA – Nº 98 – ZONA RURAL – IPANGUAÇU/RN – CEP: 59508-000	Nacionalidade: BRASILEIRA

## RESUMO

**OBSERVAÇÃO: BOLETIM DE OCORRÊNCIA REGISTRADO CONFORME PORTARIA Nº 001/2016 – GDG/PC DE 30 DE JANEIRO DE 2016 – PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO – DOE, PARA FINS DE INSTRUÇÃO DO PLEITO RELATIVO AO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT**

SERVIDOR QUE EXECUTOU O REGISTRO: ALCEBIADES FERNANDES E SILVA NETO –  
MATRÍCULA 168.554-6.

LOCAL DO ACIDENTE, DATA E HORÁRIO: RN 118 – COMUNIDADE DO CANTO GRANDE – ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE AFONSO BEZERRA – DIA 17/03/2018 – POR VOLTA DAS 17 HORAS.

UNIDADE MÉDICA QUE PRESTOU ATENDIMENTO: - HOSPITAL MUNICIPAL DE IPANUÁCU  
IPANUÁCU/RN, ASSINADO PELA DRA. GISELE MATTIOLI - CRM 6850 - HOSPITAL REGIONAL  
NELSON INÁCIO DOS SANTOS E HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

## FATOS

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL O COMUNICANTE, OCASIÃO NA QUAL FEZ O SEGUINTE RELATO: QUE A VÍTIMA VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN – PLACAS MZJ – 8375 – ANO 2008 – COR PRETA – RENAVAM 00976523167 – OPORTUNIDADE EM QUE O CONDUTOR IDAILTON GUILHERME LOPES TENTOU LIVRAR ALGUNS BURACOS NA PISTA E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A SOFRER UMA QUEDA NA VIA, O QUE ACARRETOU DANOS CORPORAIS E MATERIAIS NA COMUNICANTE/VÍTIMA. QUE PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE IPANCUAÇU PARA REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT. NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PREGUNTADO.

Registrado em: 06/06/2018	Horário: 13h15min
<u>Silvana Pereira dos Santos, m</u> Assinatura do Comunicante	 Servidor e Matrícula





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Solange Pereira dos S. Silva</i>	<i>034.030.664-52</i>	<i>17.03.2018</i>

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Assinatura* *25 de Junho*

Local e Data

*02 JUL 2018*  
*PROTOCOLO*  
*AG. NATAL*

*Solange Pereira dos S. Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>  
Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 16  
Pág. Total - 19



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANUCAU**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

MUNICÍPIO APROVADO



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão/SUS: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Data: 22/03/18 Hora da Entrada: 18:30  
 Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
 \_\_\_\_\_ Comatoso \_\_\_\_\_ c/Hemorragia \_\_\_\_\_ em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

\_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

\_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

\_\_\_\_\_

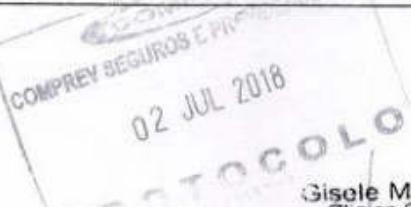
### EXAMES SOLICITADOS:

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

\_\_\_\_\_ CLÍNICO \_\_\_\_\_ CIRURGIA \_\_\_\_\_ ORTOPEDIA \_\_\_\_\_ NEUROLOGIA  
 \_\_\_\_\_ OFTALMOLOGIA \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_ INTERNAMENTO SETOR \_\_\_\_\_

### CONDUTA MÉDICA

① Rx de Diagnóstico \_\_\_\_\_  
 ② Rx de Pronto \_\_\_\_\_  
 Gastroenterológico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Assinatura Resp. Administração da Medicina

Assinatura Médico / Carimbo





### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Anderson Patrício Borges da Silveira,  
RG nº 002.728.994, data de expedição 09/05/2014  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 078 301 874-60, com  
domicílio na cidade de Ipanguaçu, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
S. Nova Descuberta, nº 98,  
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima Selony P. S. Silva, cujo o condutor era

Veículo: Honda  
Modelo: CG 125 Fan

Ano: 2008/

Placa: M2T

Chassi: 962745

Data do Acidente: 23/07/2006

~~Endereço do Acidente~~  
~~Lugar e Data:~~

Call e Data: infonuclear 17.03.2018

Anderson Patrício Borracheira da Silva  
Assinatura do Declarante

**Assinatura do Declarante**

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 <b>ANEXO 1</b> <b>FIRMA</b>  <b>ANEXO 2</b> <b>FIRMA</b>  <b>ANEXO 3</b> <b>FIRMA</b>	<b>CARTA DE AUTORIZAÇÃO</b> <b>RUBRO 23</b> <b>DATA: 23/08/2018</b> <b>CEP: 59.500-000</b>	<p>Reconheço a(s) Firma(s) <u>Por autenticação</u>  <u>de</u> <u>Will Anderson</u> <u>Polício</u>  <u>funcionário da</u> <u>subá, São</u>  <u>Ilan</u> <u>Guilherme</u> <u>lópes, da</u>  <u>Ipanguaçu (RN), 06/08/2018</u> <u>2018</u>            Em testemunho <u>Will Anderson</u> de verdade.  <u>Will Anderson</u>    <b>Maria Caroline de Sá Leitão</b>  <b>Tabelião Públco</b>  <b>Francisca das Chagas dos Santos</b>  <b>Tabelião Públco</b> </p>
---	---	--





Responsável técnico: José Mácio Barbosa Júnior

### ATESTADO

A paciente SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA, portadora do CPF: 034.030.664-52, com o diagnóstico, de fratura do terço proximal do úmero, hoje encontra-se realizando 2 vezes por semana sessões de fisioterapia para melhorar a amplitude de movimento e analgesia, impossibilitando a mesma de realizar pequenas atividades.

*José Mácio Barbosa Júnior*  
Fisioterapeuta  
CREFITO 146680-F

23/07/2018



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>  
Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 20  
Pág. Total - 23



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANUCAU**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

MUNICÍPIO APROVADO



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão/SUS: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Data: 22/03/18 Hora da Entrada: 18:30  
 Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
 \_\_\_\_\_ Comatoso \_\_\_\_\_ c/Hemorragia \_\_\_\_\_ em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

\_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

\_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

\_\_\_\_\_

### EXAMES SOLICITADOS:

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

\_\_\_\_\_ CLÍNICO \_\_\_\_\_ CIRURGIA \_\_\_\_\_ ORTOPEDIA \_\_\_\_\_ NEUROLOGIA  
 \_\_\_\_\_ OFTALMOLOGIA \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_ INTERNAMENTO SETOR \_\_\_\_\_

### CONDUTA MÉDICA

① Rx de Diagnóstico \_\_\_\_\_  
 ② Rx de Pronto \_\_\_\_\_  
 Gastroenterológico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Assinatura Resp. Administração da Medicina

Assinatura Médico / Carimbo







PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA**

NOME: Delângel Neusa da Silva SEXO:   IDADE:  

ENDEREÇO:  

PROFISSÃO:   ENTRADA AS:   DATA:   /   /  

ACOMPANHANTE:   SAÍDA:   HORA:  

**MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

Paciente vítima de acidente de trânsito visto apresentar dor abdominal e febre, com suspeita de fratura de costela.

**ESTADO GERAL:**

FEbre, Vgl, dor abdominal

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

Fratura de costela, pneumonia?

**PROCEDIMENTO:**

O ato é de urgência

*Francisco Nogueira Carvalho  
Médico*

Assinatura do médico, carimbo

*COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUL 2018*

*ESTOCOLMO*







Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>  
Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 25  
Pág. Total - 28



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301870/18

Vítima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF: 034.030.664-52

Data do Acidente: 17/03/2018

CPF de: Próprio Titular do CPF: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### **Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA : 034.030.664-52**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### **ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
  - 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.
- Documentação recebida sem conferência.

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/08/2018  
Nome: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF/CNPJ: 034.030.664-52

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2018  
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS  
CPF: 106.690.934-24

SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236106/18

Vítima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF: 034.030.664-52

Data do Acidente: 17/03/2018

CPF de: Próprio Titular do CPF: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar  
Outros

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/07/2018  
Nome: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF: 034.030.664-52

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/07/2018  
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS  
CPF: 106.690.934-24

SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

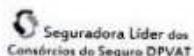
FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>  
Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 28  
Pág. Total - 31

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236106/18

Vítima: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF: 034.030.664-52

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/03/2018

Titular do CPF: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA : 034.030.664-52**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/07/2018  
Nome: SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF/CNPJ: 034.030.664-52

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2018  
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS  
CPF: 106.590.934-24

SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



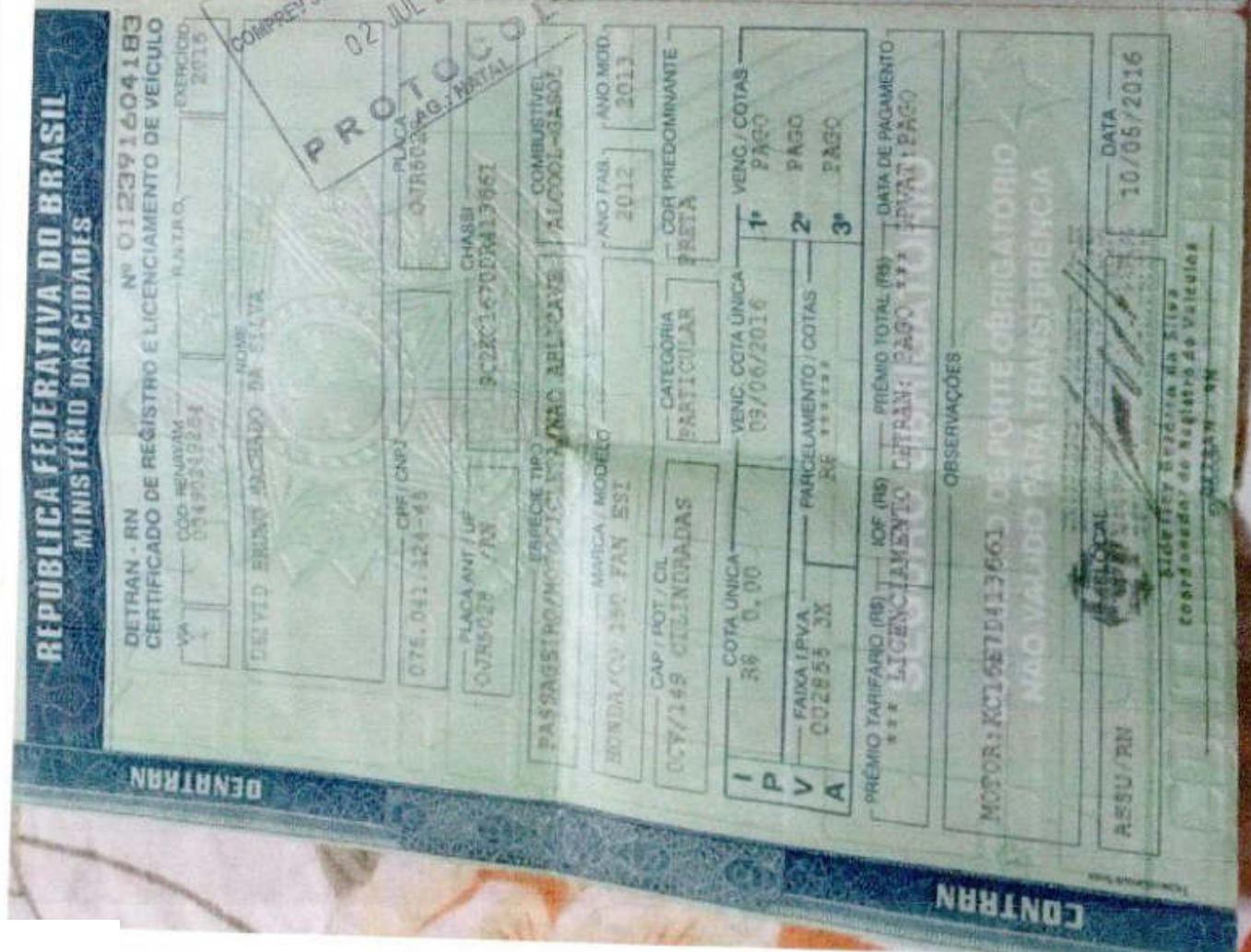
Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>

Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 29

Pág. Total - 32



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2309032037244040000100067738>  
Número do documento: 2309032037244040000100067738

Num. 106379620 - Pág. 30  
Pág. Total - 33



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANUACU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF

Responsável técnico: José Mácio Barbosa Júnior

ATESTADO

A paciente SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA, portadora do CPF: 034.030.664-52, com o diagnóstico, de fratura do terço proximal do úmero, hoje encontra-se realizando 2 vezes por semana sessões de fisioterapia para melhorar a amplitude de movimento e analgesia, impossibilitando a mesma de realizar pequenas atividades.

José Mácio Barbosa Júnior  
Fisioterapeuta  
CREFITO 146680-F

23/07/2018



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>  
Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 32  
Pág. Total - 35



Estado do Rio Grande do Norte  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE IPANUCAU**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 CNPJ(MF) 08.085.318/0001-24

MUNICÍPIO APROVADO



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_ Cartão/SUS: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Data: 22/03/18 Hora da Entrada: 18:30  
 Pré-Consulta: P.A. \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Aparentemente: \_\_\_\_\_ Bem \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ C/Dispneia \_\_\_\_\_ Choraro  
 \_\_\_\_\_ Comatoso \_\_\_\_\_ c/Hemorragia \_\_\_\_\_ em Convulsão \_\_\_\_\_ Politraumatizado \_\_\_\_\_ Agitado

### HISTÓRIA CLÍNICA:

\_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

\_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

\_\_\_\_\_

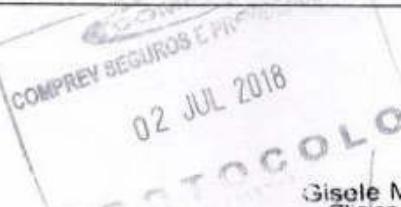
### EXAMES SOLICITADOS:

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA:

\_\_\_\_\_ CLÍNICO \_\_\_\_\_ CIRURGIA \_\_\_\_\_ ORTOPEDIA \_\_\_\_\_ NEUROLOGIA  
 \_\_\_\_\_ OFTALMOLOGIA \_\_\_\_\_ OUTROS \_\_\_\_\_ INTERNAMENTO SETOR \_\_\_\_\_

### CONDUTA MÉDICA

① Rx de Diagnóstico \_\_\_\_\_  
 ② Rx de Pronto \_\_\_\_\_  
 Gastroenterológico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Assinatura Resp. Administração da Medicina

Assinatura Médico / Carimbo







PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA**

NOME: Delângel Neusa da Costa SEXO:   IDADE:  

ENDEREÇO:  

PROFISSÃO:   ENTRADA AS:   DATA:   /   /  

ACOMPANHANTE:   SAÍDA:   HORA:  

**MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

Paciente vítima de acidente de trânsito visto apresentar dor abdominal e febre, com suspeita de fratura de costela.

**ESTADO GERAL:**

Febre, dor abdominal

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

Fratura de costela, pneumonia?

**PROCEDIMENTO:**

O paciente foi encaminhado

*Francisco Nogueira Carvalho*  
Francisco Nogueira Carvalho  
Médico

Assinatura do médico, carimbo

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
02 JUL 2018

**ESTOCOL**





## BOLETIM DE ATENDIMENTO - 0400 - 018

Acesso: 17/03/2018 20:12:18

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 6014 - SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA

Nascimento: 15/05/1978

Natural: IPANAGUÁ, ESTADO:

Sexo: F Cor: PARDAS

CNS: 898002321600855

CPF: 034000541

Mãe: JOANA DARC DOS SANTOS

Lugar nasc.: NOVA DESCOPERTA - 98

CEP: 54508000

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: 84 35337820

- NOVAGUÁ

Motivo (negado pelo paciente): QUEDA - MOT 1

Origem: AMBULÂNCIA OUTRO

OBS.				DATA DE PESO	DATA DE GLASSOW	RTS
HORA	P.A	HGT	SatO2			

## HISTÓRIA EXAME FÍSICO

Queixas: fratura em úmero direito ALÉRGICA A DIPIRONA

Hora: \_\_\_\_\_

Trauma a onda D  
com dor e limitação funcional  
- Re sente Dí e dor no  
Diag: Fratura de úmero direito  
- Não observa alteração importante  
- no prognóstico

Diagn. Inicial: \_\_\_\_\_

## PRESCRIÇÃO:

- Nflxa.

- Vol Darr



Alergia  
e a praxe  
VIA HORARIO ASSINT.

- Nflxa 20 - OLEO E C



1) USO/SÉRVICO 1) EVISÃO

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MARQUES  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 03/05/2018

CARROUJO

BIM

\*Saída: \_\_\_\_\_ Alta por decisão médica

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /18. Hr: \_\_\_\_\_ AS: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 03/09/2023 20:37:24

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23090320372440400000100067738>

Número do documento: 23090320372440400000100067738

Num. 106379620 - Pág. 36

Pág. Total - 39

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Anderson Patrício Borges da Silva,  
RG nº 002-728-994, data de expedição 09/05/2014  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 078 301 874-60, com  
domicílio na cidade de Ipanguaçu, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
S. Nova Desluberta, nº 98,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Selony P. S. Silva, cujo o condutor era \_\_\_\_\_.

Veículo: Honda  
Modelo: CG 125 Fan

Ano: 2008/

Placa: M28 8375/RN

Chassi: 9C23C307QBE665927

Data do Acidente:

Local e Data: Ipanguaçu 17.03.2018

Anderson Patrício Borges da Silva  
Assinatura do Declarante

Thailton Guilherme Lopes

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



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

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



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SOLANGE PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
CPF: 034.030.664-52 NIS: 16597593732

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO NOVA DESCOBERTA 98

NOVA DESCOBERTA/AREA RURAL  
59508-000 IPANQUACU RN

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

DATA DE VENCIMENTO

22/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

40,42

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

15/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

15/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

007993483

CONTA CONTRATO

000851766618

Nº DO CLIENTE  
3000588721

Nº DA INSTALAÇÃO  
0000303996

Série: U

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B9CA.9AB5.50E2.99C8.5E53.9780.847D.02E5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20940554	6,28
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,35898054	22,97
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,58
Contribuição Iluminação Pública			2,88
ICMS-Parcela Subvenzionada			5,53
Multa por atraso-NF 005109489 - 17/04/18			0,55
Juros por atraso-NF 005109489 - 17/04/18			0,21
Atualização IGPM-NF 005109489 - 17/04/18			0,11
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>40,42</b>

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt. Resc	Valor
23/05/18	15/06/18	32,87

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esta comunicação não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não altera débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,16515456	kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,37888200	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%	
geração de Energia	12,00	36,49
transmissão	1,55	4,58
distribuição (cosern)	2,34	7,07
encargos Setoriais	1,12	3,49
tributos	7,11	22,38
<b>TOTAL</b>	<b>31,14</b>	<b>100</b>
JUN 18		
MAI 18		
ABR 18		
MAR 18		
FEV 18		
JAN 18		
DEZ 17		
NOV 17		
OUT 17		
SET 17		
AGO 17		
JUL 17		
JUN 17		

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
Consumo Ativo até 30 kWh	0,16515456	94
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,37888200	81
		87
		89
		106
		92
		181
		118
		112
		96
		108
		128
		121

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIAS	CONSTANTE	AJUITE	CONSUMO kWh
CAT	18/05/2018	245,00	15/06/2018	247,00	30	1.000000	02	00	00	54,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
DIC-Não horas sem Energia	ESTREITO	1,46	11,16	32,32	44,66
FIC-Não de vezes sem Energia		4,00	7,89	15,79	31,58
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,57	6,08	9,00	9,00
DMCI-Duração de interrupção em dia útils					Límite DIC: 16,86
FUSI-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,64					
Data Consultada para solicitar a agravado dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DMCI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). ag corredor ipcaeta: avenida luis gonçaga, centro / bar e marcadinho: ipanguacu, centro' Esta conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago, em atraso, gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prós. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,10. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO
	MÁXIMO
220	202
	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000851766618	06/2018	40,42	22/06/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA