



Número: **0800348-89.2023.8.20.5128**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Santo Antônio**

Última distribuição : **28/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO registrado(a) civilmente como ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
99255843	26/04/2023 22:08	2882509_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação

João Paulo da Silva. Medico.

João Paulo Medico

Paciente vítima de
Acidente de moto no dia 02/11/19.
c/ Traumatismo de Crânio, tendo sido
submetido a tratamento cirúrgico.
Atualmente, refere perda
de memória, perda de audição,
Perda de visão do olho esquerdo.

↩

0603 2020

Manoel L. Fonseca
CRM 1642
CPF: 108.529.214-20

ORTOMED

Av. Senador Salgado Filho, 66, Potilândia,
Natal/RN - Fone: 84 3231.0005 / 3206.1002

Clínica
M&E

Av. Prudente de Moraes, 4178, loja 5, Shop Mall,
Lagoa Nova, Natal/RN - Fone: 84 2020.9451

CLIZORT
A SUA CLÍNICA NA ZONA NORTE

Av. Dr. João Medeiros Filho, 500, Igapó
Natal/RN - Fone: 84 3674.8113



SEM DOR	LEVE	Moderada	Intense	Flor Fruita
8	1	2	3	8



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Joannildo do Sôlo Lúcio Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Hid. FTP 2Indicação terapêutica: ITD imagens de Hid Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: 03/11/19 Início: 14:30 Término: 16:45 Duração: CONFERE COM ORIGINAL
Operador: Dr. Sam CRM/CRO: NATAL. 25/12/19
1º Auxiliar: CRM/CRO: MAT. Nº. 13/10/17
2º Auxiliar: CRM/CRO: SAME
Instrumentador: CRM/CRO: (S)
Anestesista: CRM/CRO: ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1 - Início da intervenção FTP 2
- 2 - Exame com identificação pelo nome oper
- 3 - Realizado exame de tipografia - 01 -
- 4 - Realizado exame de tipografia - 02 -
- 5 - Realizado exame de tipografia - 03 -
- 6 - Realizado exame de tipografia - 04 -
- 7 - Realizado exame de tipografia - 05 -
- 8 - Realizado exame de tipografia - 06 -
- 9 - Realizado exame de tipografia - 07 -
- 10 - Realizado exame de tipografia - 08 -
- 11 - Realizado exame de tipografia - 09 -
- 12 - Realizado exame de tipografia - 10 -

13 - Realizado exame de tipografia - 11 -

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Jair de Araújo Alves
Neurocirurgia/Neurologia
CRM 2019

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.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 26/04/2023 22:08:22

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042622082225900000093700032>

Número do documento: 23042622082225900000093700032

Num. 99255843 - Pág. 3

Pág. Total - 3



Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **150178 JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

Prontuário:

CNS: 704509370933118

Nascimento: 23/03/1986

Sexo: Masculino

Cor: PARDAS

Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Pai:

Endereço: RUA PROJETADA, 1 - CONJ PROJETO CREESCE III - LAGOA DE PEDRAS

Fone: 988312676 /

Município: LAGOA DE PEDRAS

Código Municipal IBGE:

240630 UF: RN

CEP: 59244-000

Clinica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 31242 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

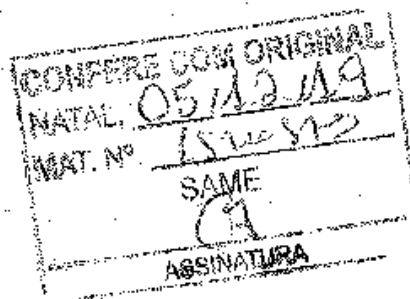
33 anos, relato de queda de moto ontem a noite.

Alcoolizado entrada g14 evoluiu para g15, sem deficits focais.

tc cranio fratura de cranio com HEDA FTE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
as mesmas

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
TC



Diagnostico e Procedimento Inicial:

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL*403010276. TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Profissional Solicitante / Assistente:

GUILHERME LUCAS DE OLIVEIRA LIMA

CRM: 5674 / RN

Data da Solicitação 03/11/2019

PREENCHER EM CASOS 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 Trajeto CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

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

Nº Autorização da AIH:





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **150178 JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS**

Prontuário:

CNS: 704509370933118

Nascimento: 23/03/1986

Sexo: Masculino

Cor: PARDAS

Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Pal:

Endereço: RUA PROJETADA, 1 - CONJ PROJETO CREESER III - LAGOA DE PEDRAS

Fone: 988312676 /

Município: LAGOA DE PEDRAS

Código Municipal IBGE:

240630 UF: RN

CEP: 59244-000

Clinica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 31242 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

33 anos. relato de queda de moto ontem a noite.

Alcoolizado entrada g14 evoluiu para g15, sem déficits focais.

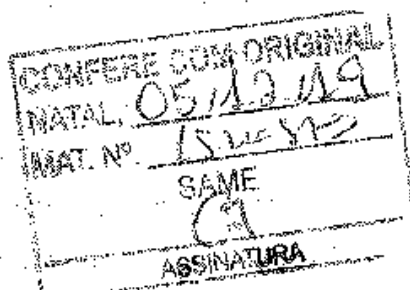
tc cranio fratura de cranio com HEDA FTE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

as mesmas

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC



Diagnostico e Procedimento Inicial:

S06.4 HEMORRAGIA EPIDURAL*403010276. TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Profissional Solicitante / Assistente:

GUILHERME LUCAS DE OLIVEIRA LIMA

CRM: 5674 / RN

Data da Solicitação 03/11/2019

PREENCHER EM CASOS 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 Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador:

Órgão Emissor:

Nº Autorização da AIH:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / /

Assinatura/Carimbo:



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	
A(ALÉRGICAS)	
M(MEDICAÇÃO EM USO)	
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	
L(LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	
V (PASSADO VACINAL)	
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
TC de crânio, cervical, torax e abdome	Hf + TS
CONDUTA PRIMÁRIAMEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	OUTROS
2sh30 Paciente não colabora teve, não deixou realizar exames. Continua apresentando dor na região esquerda. Estável hemodinamicamente FC: 80. ECG: II. Aguarda avaliação da NCR.	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	03/11/2019 - 07h22 Paciente realizou TC de torax e abdome. TC de torax e abdome com fraturas de costela. TC de abdome: artefato de exame. ECG, algo lento, ECG: II FC: 70 Abdome: Plano, flácido.
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1 NCR	HORA: 2h DATA: 02/11/19
ESPECIALISTA 2 BME	HORA: 2h DATA: 02/11/19
ESPECIALISTA 3	HORA: DATA:
DESTINO DO PACIENTE	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA	DATA / / HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:	
ÓBITO: DATA / / HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP	



Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10464 /2019

Prontuário: 1190524

Paciente: 150178 - JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Idade: 33 anos 7 meses 11 dias

CPF:

Sexo: M

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 23/03/1986

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Pai:

Projeto: PROJETA

Complemento:

Nº: 1

Bairro: CONJ PROJETO

CREESCE III

Telefone: 84 988312676

84 988312676

Especialidade: NEUROCIRURGIA

Cidade: LAGOA DE PEDRAS

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 10

Responsável: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS -

Responsável: GILBERTO DA SILVA CARLOS

Admissão: 03/11/2019 12:49:48

Alta:

Óbito:

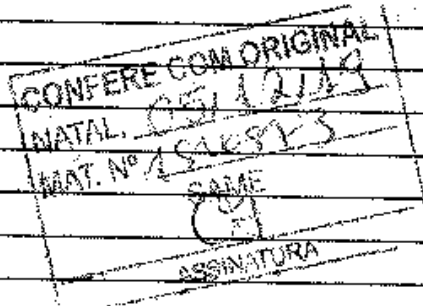
Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.4 - HEMORRAGIA EPIDURAL

310276 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



L, 03 de Novembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 26/04/2023 22:08:22

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042622082225900000093700032>

Número do documento: 23042622082225900000093700032

Num. 99255843 - Pág. 7

Pág. Total - 7

Identificação

Nome: JOSEILSON DA SILVA MACHADO Data: 03/11/2023

Leito: 715 Idade: 33 Data de Nasc.: 1/1/1990 Sexo: () M () F Registro: 150177

Diagnóstico(s): Data da Internação Hospitalar: 1/1/2023

Sector/Unidade de Procedência: () CC () CRO () PS Trauma () PS Clínico

() Enfermaria Qual? () Outra Unidade Qual?

Motivo da Internação na UTI: NECESSIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Reinternação? () Não () Sim <48h? () Não () Sim APACHE:

História Clínica

Admissão em 03/11/2023, vindo de quadro de náusea, vômito, dor abdominal no quadrante superior direito, febre, alteração de consciência, com sinais vitais: TA 138/88, FC 99, FR 20, SpO2 98%. Exame físico: sem alterações. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose, plaquetose e anemia. Exames de imagem: tomografia de crânio sem alterações. Diagnóstico: síndrome de Guillain-Barré. Tratamento: suporte de vida, fisioterapia, medicação sintomática. Evolução: melhora progressiva dos sintomas, com alta planejada para 10/11/2023.

Avaliação Sist. Neurológico

Abertura Ocular	Esponânea	4	Resposta Verbal	Orientado e conversando	5	Resposta Motora	Obedece comandos	6	Sedado? () Não (X) Sim SAS*	CAM-ICU** positivo ()
	Ao comando verbal	3		Desorientado e conversando	4		Localização à dor	5		
	A dor	2		Palavras inapropriadas	3		Flexão inespecífica (retirada)	4		
	Ausente	1		Sons incomprensíveis	2		Flexão hipertonica (decorticação)	3		
				Sem resposta	1		Extensão hipertonica (decorticação)	2		
							Sem resposta	1		

ECG = Não se aplica ()
TCE Grave: 3 a 8 () / TCE Moderado: 9 a 12 () / TCE Leve: 13 a 15 ()

Pupilas (descrição): M333333 Rígidez de nuca: () Não () Sim

Descrição de déficit motor: SEQUÊNCIA

Obs:

Avaliação Sist. Respiratório

() Ar Ambiente () Cat. Nasal O2 L/min () MV L/min () VNI SatO2 98 % FIO2 40 %
() TOT há dias, nº () TOT há dias, nº Freq. Respir.: 18 RPM

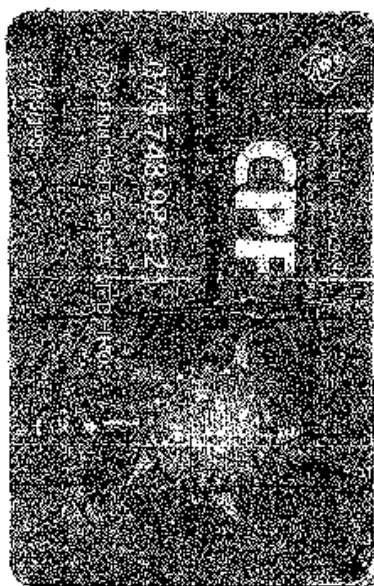
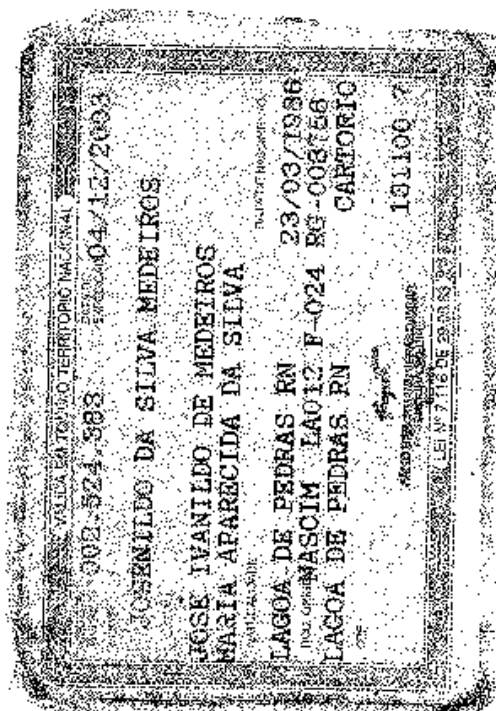
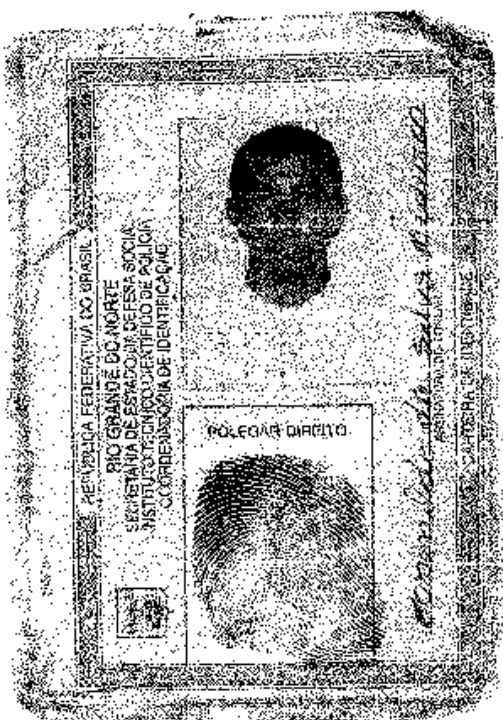
Descrição do Exame Pulmonar:

Observações:

Gasometria (antes ou admissional)	pH	PCO2	BE	FIO2	Dist. Ac./base:
	PaO2	HCO3	P50	PaO2/FIO2	

GASOMETRIA QUERIDA





VITIM



TERMINAL DE IDENTIFICACAO

MAURO VIEIRA GOMES

3594396 TITULO RN

024.725.484-86 **05/11/2017**

DATA CORTEJA

VERA LINDA GOMES DE OLIVEIRA

0997838987 **10/12/2024** **06/12/1999**

NOVA CRUZ, RN **20/12/2019**

16283929246
RN708630008

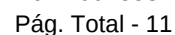
RIO GRANDE DO NORTE

1929588019

VALIDAR TODO
TERMINAL NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR



[illegible]

DECLARAÇÃO

Eu JOSEMILO DA SILVA MEDEIROS portador
do RG: 002.524.383 SSP/RN CPF: 075.748.984-21,
reclamante do SEGURO DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunica
que não tenho mas nenhuma documentação Medica Hospitalar, só a que já consta no
pleito do meu processo que são a
entrada

HOSPITAL MONTEBON WOLFFEDO GEORGEL

Que demonstra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido ao
acidente de Transito no dia 02 / 11 / 19, por isso peço a análise da
minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da indenização para
ajuda nas lesões sofridas, no qual ainda estou com sequelas pois em verdade só
posso essas documentação medica, e que não tenho mas nenhum tipo de
documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

NOVA CRUZ/RN 10 DE Março DE 2020

JOSEMILO DA SILVA MEDEIROS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA. P3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursam com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA.P3

Sequelas permanentes: PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO OLHO ESQUERDO.
LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO
OLHO ESQUERDO + LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO RESIDUAL

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			40 %	R\$ 5.400,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA. P3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149028 **Cidade:** Lagoa de Pedras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA COM DRENAGEM) E ALTA MÉDICA.P3

Sequelas permanentes: PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO OLHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA DA AUDIÇÃO À ESQUERDA + PERDA DA VISÃO DO OLHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Josenildo da Silva Medeiros, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Ajudante de depósito, Data do Acidente 02.11.19
Cobertura invalidiz, portador(a) do RG 002.524.383, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 075.748.984-21 residente no(a)
projeto crescer nº 08
bairro: Centro, município: Lagoa de Pedra / RN.

OUTORGADO:

Nome: Magno Viagas Gomes, brasileiro(a)
estado civil: divorciado, Profissão: agente de saúde portador(a) do RG
1.574.296, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 024.722.184-86 residente
no(a) projeto crescer nº 08
bairro: Centro, município: Lagoa de Pedra / 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 Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

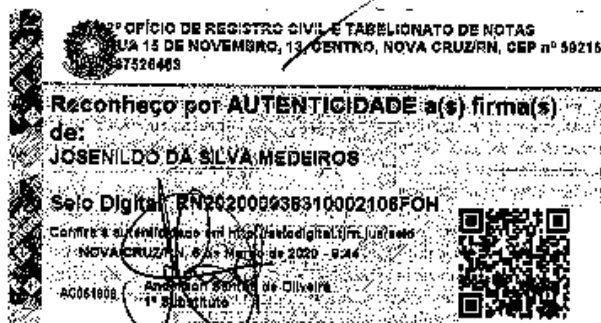
NOVA CRUZ / RN 10.03.2020

Local e Data



JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116001/20

Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

CPF: 075.748.984-21

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MAGNO VIEGAS GOMES : 024.722.184-86

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

JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS : 075.748.984-21

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: 16/04/2020
Nome: MAGNO VIEGAS GOMES
CPF: 024.722.184-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

MAGNO VIEGAS GOMES

THIARA VIRGINIA DA HORA





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, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149028

Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAGNO VIEGAS GOMES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

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 15711082





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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149028

Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAGNO VIEGAS GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01209/01210 - carta_02 - INVALIDEZ

00030605



Carta nº 15733888



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 26/04/2023 22:08:22

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042622082225900000093700032>

Número do documento: 23042622082225900000093700032

Num. 99255843 - Pág. 20

Pág. Total - 20



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, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149028

Vítima: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAGNO VIEGAS GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

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

Multa:	R\$ 124,61
Juros:	R\$ 3,58
Total creditado:	R\$ 5.528,19

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

Valor: R\$ 5.528,19

Banco: 237

Agência: 000005879-3

Conta: 000007863-8

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.



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: 075.748.984-21 4 - Nome completo da vítima: Josenildo da Silva Medeiros

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

5 - Nome completo: Josenildo da Silva Medeiros 6 - CPF: 075.748.984-21
7 - Profissão: Aparente de depósito 8 - Endereço: Projeto Crescer 9 - Número: 08 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Lagoa de Riba 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59244-000
15 - E-mail: 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 (Todas as bancas):
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 5819 3 CONTA: 7863 8
(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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ 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 o cliente, 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

Indicação
de quem
assinou
a
beneficiário
não falecido

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:

Lagoa de Riba - RN - 30-03-20

Josenildo da Silva Medeiros

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ
Endereço: Rua Felipe Pagedo Cortez, 168, Centro, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020131000011

1.2 Data de Expedição: 06/03/2020 11:16:28

1.4 Ligeza CIOSP: Não

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 02/11/2019 18:00:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Logradouro: LAGOA DE PEDRAS

2.6 Tipo do local: Urbano

2.9 CEP:

2.8 Número: S/N

2.11 Ponto de Referência:

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: LAGOA DE PEDRAS

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOSE IVANILDO DE MEDEIROS

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 23/03/1986

3.13 Profissão: AJUDANTE DE DEPÓSITO

3.14 RG: 002524383 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s):

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 08

3.18 Naturalidade: LAGOA DE PEDRAS RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: CONJUNTO CRESCER 03

3.23 Cidade: LAGOA DE PEDRAS

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:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MYR8983

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA CG

7.1.8 Modelo: 125 FAN

7.1.8 Ano do Modelo: 2008

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: CINZA

7.1.12 Tipo do veículo:

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: RAGNER GOMES DO AMARANTE

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE EM DIA, HORA E LOCAL, JÁ DESCRITOS NA OCORRÊNCIA, CONDUZIA A MOTO CITADA ACIMA, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, TENTOU ULTRAPASSAR A VÍTIMA, ATINGINDO A MOTO EM QUE ELA SE ENCONTRAVA; QUE A VÍTIMA CAIU E, SOLO DESACORDADA, SENDO QUE FICOU DEZ DIAS NO HOSPITAL WILFREDO GURGEL EM COMA, SO RECOBRANDO A CONSCIÊNCIA DEZ DIAS DEPOIS DE INTERNAMENTO, CONFORME RELATADO EM LAUDO MÉDICO ANEXO; QUE ACREDITA QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA MAIS DISSE.

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 06/03/2020 11:16:28

Gerson Alves Ribeiro
Agente de Polícia Civil
Mat. 168.099-4

JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1680994 - Gerson Alves Ribeiro

Impresso por: 1680994 - Gerson Alves Ribeiro em 06/03/2020 11:16:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2020131000011 - Código de autenticação: 69755843-23042622082225900000093700032

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 26/04/2023 22:08:22

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042622082225900000093700032

Número do documento: 23042622082225900000093700032

Num. 99255843 - Pág. 23

Pág. Total - 23

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/05/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320014902801
VALOR TOTAL:	5.528,19

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILDO DA SILVA MEDEIROS

BANCO: 237
AGÊNCIA: 05879
CONTA: 000000007863

Número da Autenticação





COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marinho, 150, Bolo, Natal - RN, CEP 58055-250
CPF 08.334.136/0001-91 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SALES

CPF: 084.238.314-18 NIS: 13538589453

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDAS COM NIS

ENDEREÇO DO CLIENTE

RUA PROJETO CRESCER 08

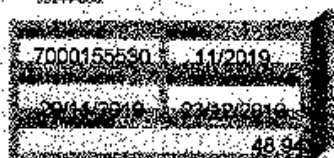
CENTRO (ÁREA URBANA)
LAGOA DE PEDRA RN
58244-000

DATA DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

03/04/2026 UNICA 22/11/2018

DATA DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

22/11/2018 30/04/2019 20/11/18



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Médio de 30 kWh	50,000000	0,22179573	8,05
Consumo Adm. superior a 30 até 100 kWh	53,000000	0,28621125	25,85
Aplicativo Bandeira AMARELA			0,25
Aplicativo Bandeira VERMELHA			1,87





COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel Tavares, 150 - Balaio, Natal - RN, CEP 59055-250
CPF 08.334.136/0001-91 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SALES

CPF: 084.238.314-18 NIS: 13538589453

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDAS COM NIS

ENDEREÇO DO CLIENTE

RUA PROJETO CRESCER 06

CENTRO (ÁREA URBANA)
LAGOA DE PEDRA RN
59244-000



DATA DE VIGÊNCIA

03/01/2020 UNICA 22/11/2019

22/11/2019 30/09/2020 20/11/18

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Médio de 30 kWh	50,0000000	0,22179573	8,05
Consumo Adm. superior a 30 até 100 kWh	53,0000000	0,28621125	25,85
Aplicação Bandeira AMARELA			0,25
Aplicação Bandeira VERMELHA			1,87



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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CGAF¹.

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

Pelo exposto, eu Magno Viegas Gomes

inscrito (a) no CPF/CNPJ 024.722.184 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josénilto da Silva Medeiros inscrito (a) no CPF sob o nº 075.748.984 / 21

do sinistro de DPVAT cobertura invalidaz da Vítima Josénilto da Silva Medeiros

inscrito (a) no CPF sob o nº 075.748.984 / 21, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declara Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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>Projeto Pousada</u>	Número: <u>08</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Lagoa de Pedras</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59244-000</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: Nova Cruz RN 10.03.2020

Magno Viegas Gomes
Assinatura do Declarante

