

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02044

CONTA: 000000062670-5

Nr. da Autenticação E961C0A4E31B6FFF



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: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
 Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2015023002587
 1.2 Data/Hora de Expedição: 27/04/2015 09:19:40
 1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 13/04/2015 05:40:00
 2.2 Autoria: Conhecida
 2.3 Fato: Consumado
 2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo
 2.4 Flagrante: Não
 2.6 Tipo do local: Via Pública
 2.7 Logradouro: BR226, PRÓXIMO AO POSTO 30 DE SETEMBRO
 2.8 Número: SN
 2.9 CEP:
 2.10 Complemento:
 2.11 Ponto de Referência:
 2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
 2.13 Cidade: PARNAMIRIM
 2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: DEMAIR JUSTINO DA SILVA
 3.2 Estado civil: Casado(a)
 3.3 Etnia: Branca
 3.4 Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS F DA SILVA
 3.5 Mãe: JOSEFA ROSILEIDE JUSTINO G DA SILVA
 3.6 Data de Nascimento: 14/11/1988
 3.7 Sexo: MASCULINO
 3.8 RG: 2620052 - ITEP/RN
 3.9 CPF:
 3.10 Passaporte:
 3.11 Nacionalidade:
 3.12 Naturalidade: JAPI RN
 3.13 Profissão: MECANICO
 3.14 E-Mail:
 3.15 Telefone(s): 84 87450905
 3.16 Logradouro: RUA ANTONIO MAURICIO DE MACEDO
 3.17 Número: 84
 3.18 CEP:
 3.19 Bairro: CENTRO
 3.20 Cidade: BOM JESUS
 3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA
 4.1.2 Estado civil: Casado(a)
 4.1.3 Etnia: Branca
 4.1.4 Pai: JOSE FERNANDES DA SILVA
 4.1.5 Mãe: MARIA CICERA CONFESSOR
 4.1.6 Data de Nascimento: 16/09/1965
 4.1.7 Sexo: MASCULINO
 4.1.8 RG: 946018
 4.1.9 CPF: 413.476.414-91
 4.1.10 Profissão: PORTEIRO
 4.1.11 Nacionalidade:
 4.1.12 Passaporte:
 4.1.13 Logradouro: RUA GERALDO NUNES DA SILVA
 4.1.14 E-Mail:
 4.1.15 Número: 145
 4.1.16 CEP:
 4.1.17 Bairro: CENTRO
 4.1.18 Cidade: BOM JESUS
 4.1.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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: 004629922
 7.1.5 Placa: NNU4394
 7.1.6 Estado:
 7.1.7 Marca:
 7.1.8 Modelo: HONDA
 7.1.9 Ano do Modelo: 0
 7.1.10 Ano de Fabricação: 2012
 7.1.11 Cor do veículo: ROXA
 7.1.12 Tipo do veículo:
 7.1.13 Nota Fiscal:
 7.1.14 Número do Motor:
 7.1.15 Nome do proprietário:
 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
 7.1.17 Nome do condutor: VÍTIMA
 7.1.18 Observações: VÍTIMA DEVIDAMENTE HABILITADO

8. DADOS DA OCORRÊNCIA**9. DOS FATOS****9.1 Histórico**

DECLARA QUE A VÍTIMA PILOTAVA A CITADA MOTO QUANDO AO FAZER UMA ULTRAPASSAGEM UM VEÍCULO SAIU DE UMA RUA LATERAL ULTRAPASSANDO A FAIXA AMARELA. DECLARA QUE O VEÍCULO QUE ESTAVA EM SUA FRENTE FREIOU BRUSCAMENTE E A VÍTIMA NÃO TEVE TEMPO DE FREAR E COLIDIU NA TRASEIRA DO GOL. DECLARA QUE O VEÍCULO EVADIU-SE DO LOCAL. DECLARA QUE SE DESLOCOU PARA SUA RESIDÊNCIA. DECLARA QUE FICOU COM MUITAS DORES E FOI ATE AO HOSPITAL DE OCLÉCIO MARQUES DE LUCENA CONDUZIDO POR SEU CHEFE, POIS FRATUROU O OMBRO ESQUERDO CONFORME LAUDO MEDICO, E NADA 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: 27/04/2015 09:19:40



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150398821 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 13/04/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
FERNANDES DA SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE Umero PROXIMAL A ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA ELEVAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA RI E ABDUÇÃO, NV PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR A ESQUERDA, DIFICULDADE PARA LEVAR A MAO A BOCA A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE Umero PROXIMAL A ESQUERDA, FAZENDO FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: INVALIDEZ ANATOMICO FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/08/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA portador da
carteira de identidade nº 000.946.018 e inscrito no CPF/MF sob o nº
118.476.414-91 residente e domiciliado na
RUA: FÉRALDO NUNES DA SILVA 145 Cidade
BOM JESUS Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza
Perícias para fins de prova do seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco das Chagas F. da Silva
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



07

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150398821 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 13/04/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
FERNANDES DA SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/08/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de úmero esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
Total			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



8.861-5033

ATENÇÃO

DT 75-0703

R.



ESTE É UM CASO DE ACIDENTE
DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
CEREST ESTADUAL - PARNAMIRIM
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

NOME: Francisco das Chagas Fernandes da SilvaIDADE: 16.09.65

COR:

SEXO: MESTADO CIVIL: CasadoMUNICIPALIDADE: Santa CruzPROFISSÃO: Porteiro

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua Geraldo Nunes 21° 145BAIRRO: CentroCIDADE: Bom JesusDATA: 13.04.2015HORA: 04:36

DOCUMENTO 3 "T396"



CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PARIENTEMENTE BEM ☒ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐NÃO ☐

PILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

SCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

MP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente relata queda de moto após
colisão em trozeira de concreto. Negro desmaiou
perdendo de consciência. Queixa de
dor em ombro esquerdo.

EXAME FÍSICO

A, B, C, D de trauma n/alt.
E → lesões em mão Dir
Dor + edema + limitação de movimento
de ombro Esq

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

RA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL

PROTÓCOLO
RECEBIDO
TEMP. 06 MAI 2015
JEM REGULADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Poli-traumaFratura de ulna eProva do Fato

03

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150398821 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 13/04/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
FERNANDES DA SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE Umero PROXIMAL A ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA ELEVAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA RI E ABDUÇÃO, NV PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR A ESQUERDA, DIFICULDADE PARA LEVAR A MAO A BOCA A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE Umero PROXIMAL A ESQUERDA, FAZENDO FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: INVALIDEZ ANATOMICO FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/08/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

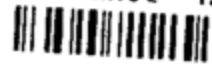
Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





Atenção: A vida útil dos dados impressos depende da qualidade do papel e das condições de armazenamento. Não guarde o documento em locais úmidos ou sujeitos a variações de temperatura. Para obter mais informações, consulte o site www.cesam.com.br.

Norma Elétrica: Criada pela Lei 10.433, de 24/04/02
ENERGIA ELÉTRICA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA GERALDO MUNES DA SILVA 145

CPF: 413 478 414-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
000000000	ÚNICA	11/04/2015
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/04/2015	3000805507	18782

CENTRO/ÁREA URBANA
BOM JESUS RN
59270-000

SERIE CONTRATO	PERÍODO
0866813678	04/2015
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
17/04/2015	13/05/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	33,31

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (VAH)
Atividade Bandeira VERMELHA

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
64,00000000	0,45010285	28,90
		4,51

TEL (84) 9941-6673
(84) 9464-7292

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONTEÚDO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (VAH)
H064214	CA1	12/03/2015	13 028,00	11/04/2015	13 062,00	30	34,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	Consumo (VAH)	Base de Cálculo	Valor do Importo
ABR 15 84	33,31	17,00	5,88
MAR 15 73	33,31	0,80	0,29
FEV 15 68	33,31	4,18	1,39
JAN 15 85			
DEZ 14 86			
NOV 14 84			
OUT 14 82			
SET 14 58			
AGO 14 80			
Jul 14 55			
JUN 14 54			
Mai 14 74			
ABR 14 73			

4E43.13DE 6EF0 BD9E.1CB3 B0CF 5C88 DE30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. No dia da leitura e também no dia de Vencimento. Não informar o valor em espécie por lei. Sua conta poderá ser cobrada de acordo com o Tarifário Residencial e de sua fatura para o mês de vencimento. Pagamento em atraso gera multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês (Lei 10.433-2002), na próxima mês. O cliente é responsável quando há violação na continuidade da leitura ou da nível de tensão de fornecimento. O cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram disponíveis no site www.cesam.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
ONC	Rev0015	1,78	11,58	23,18	220	201 - 231
ONC	0,00	3,26	8,73	13,45		
ONC	0,00	3,37	0,00	0,00		

Limite ONC 12,22 R\$120 - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 11,33

PROTOCOLO RECEBIDO
06 MAI 2015
JEM REGULADORA

12

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2015

Carta nº: 6903294

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3150398821
Vitima: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 13/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/05/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **13/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

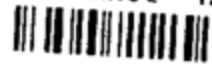
PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





ATENÇÃO

Atenção! Este documento é válido apenas para a prestação de serviços de energia elétrica. Não pode ser utilizado para fins de garantia de produtos ou serviços de terceiros. A validade deste documento depende da correta utilização dos dados cadastrais e da correta leitura dos medidores. O cliente é responsável por manter os dados cadastrais atualizados e por fornecer informações corretas sobre o consumo. O não cumprimento das condições de uso pode resultar na suspensão dos serviços e na cobrança de multas. O cliente deve ler atentamente as condições de uso e o regulamento de tarifas antes de utilizar o serviço. O cliente deve manter este documento em local seguro e acessível para futuras consultas. O cliente deve apresentar este documento sempre que for solicitado pelo fornecedor de energia elétrica. O cliente deve manter este documento até a data de validade indicada no documento. O cliente deve manter este documento em local seguro e acessível para futuras consultas. O cliente deve apresentar este documento sempre que for solicitado pelo fornecedor de energia elétrica. O cliente deve manter este documento até a data de validade indicada no documento.

Lei Elétrica: Criada pela Lei 10.433, de 25/04/02

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA GERALDO MUNES DA SILVA 145

CPF: 413 478 414-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
000000000	UNICA	11/04/2015
APPROXIMADAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/04/2015	3000805507	18782

SERIE CONTRATO	PERÍODO
0866813678	04/2015
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
17/04/2015	13/05/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	
33,31	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (VAH)
Atividade Bandeira VERMELHA

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
64,00000000	0,45010285	28,80
		4,51

TEL (84) 9941-6673
(84) 9464-7292

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONTEÚDO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (VAH)
H064214	CA1	12/03/2015	13 028,00	11/04/2015	13 062,00	30	64,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/ano	Consumo (VAH)	Base de Cálculo	Valor do Importo
ABR 15 84	64,00	ICMS	17,00
MAR 15 73	64,00	PIS	0,80
FEV 15 68	64,00	COFINS	4,18
JAN 15 85	64,00		1,30
DEZ 14 86	64,00		
NOV 14 84	64,00		
OUT 14 82	64,00		
SET 14 58	64,00		
AOG 14 80	64,00		
AGO 14 55	64,00		
JUL 14 54	64,00		
MAR 14 74	64,00		
ABR 14 73	64,00		

4E43.13DE 6EF0 BD9E.1CB3 B0CF 5C88 DE30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. No dia da leitura e entrega do boleto em vigor é a Vinte e Nove. Mais informações em nosso site: www.energia.com.br. Sua conta pode ser consultada no site: www.energia.com.br. O cliente é responsável por manter os dados cadastrais atualizados e por fornecer informações corretas sobre o consumo. O não cumprimento das condições de uso pode resultar na suspensão dos serviços e na cobrança de multas. O cliente deve ler atentamente as condições de uso e o regulamento de tarifas antes de utilizar o serviço. O cliente deve manter este documento em local seguro e acessível para futuras consultas. O cliente deve apresentar este documento sempre que for solicitado pelo fornecedor de energia elétrica. O cliente deve manter este documento até a data de validade indicada no documento.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e preços são acessíveis à disposição, por e-mail, em nosso site: www.energia.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
ONC	Rev0015	1,78	11,58	23,18	220	201 - 231
ONC	0,00	1,26	8,73	13,45		
ONC	0,00	3,37	0,00	0,00		

Linha DCE 12,22 R\$12 - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 11,23

PROTOCOLO RECEBIDO
06 MAI 2015
JEM REGULADORA

12

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2015

Carta nº: 7530401

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3150398821
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 13/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2015

Carta nº: 7685664

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

Sinistro: 3150398821
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 13/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002044

Conta: 0000062670-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



8745-0905

ATENÇÃO

18.861-5035



ESTE É UM CASO DE ACIDENTE E
DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
CEREST ESTADUAL - Fone/Fax: 5292-2444
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

NOME: Francisco das Chagas Fernandes da Silva

IDADE: 16.09.65 COR: _____ SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado

NATURALIDADE: Santa Cruz PROFISSÃO: Porteiro PROCEDÊNCIA: _____

ENDEREÇO: Rua Geraldo Nunes 21-145 BAIRRO: Centro

CIDADE: Bom Jesus DATA: 13.04.2015 HORA: 07:36

DOCUMENTO 4 *T49*



CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☒ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente relato queda de moto após colisão em trozeira de concreto, negro desmaiado em perda de consciência. Queda de moto da em ombro esquerdo.

EXAME FÍSICO
A, B, C, D de trauma n/alt.
E -> lesões em mãos Dir
Dor + edema + limitação de movimento de ombro Esq

PROTOCOLADO RECEBIDO

21 JUL 2015

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	REGULADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Politrauma
Fratura proximal úmero E

04

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☒ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

① Aval de ortopedia

② Solic Rx torax

Rx pulso E

18

Dr. Manoel Correia Neto
CRM 5696

Manoel Correia Neto
CRM - 849
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS.	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐ I.T.E.P. ☐
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	
MÉDICO (Carimbo) <i>Manoel Correia Neto</i> CRM - 849 Ortopedia-Traumatologia	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	



FICHA INDIVIDUAL DO PACIENTE

SUS: 708 7061 5527 9695

REG. SOCIAL	N.º E DOCUMENTO APRESENTADO	DATA DE ENTRADA	CLÍNICA / LEITO
138391	RG: 946019 JTB/RN	13/04/2015	
CPF: 413 478 414 - 91 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME: Francisco das Chagas Fernandes da Silva			
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE:		
16/09/1965	Santa Cruz / RN		
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:		
casado	Porteiro		
Ocupação Atual:			
ESCOLARIDADE	ANALFABETO ☐	ENSINO FUND. Compl. ☐ SÉRIE: Inc. ☐	ENSINO FUND. Compl. ☒ SÉRIE: Inc. ☐
GRAU SUPERIOR Compl. ☐ Inc. ☐			
ENDEREÇO: Rua Geraldo Nunes 145 Centro Born Sesus / RN			
PONTO DE REFERÊNCIA:			
FILIAÇÃO	PAI: José Fernandes da Silva	MÃE: Maria Cidara Confessor	
RESPONSÁVEL:			
ENDEREÇO:			
PONTO DE REFERÊNCIA E TELEFONE: 9915-9930 (Benedito amigo) 8745-0905 (Dinora filha)			
SITUAÇÃO FAMILIAR	POSIÇÃO NA FAMÍLIA: pai	GRUPO FAMILIAR: 5 N.º DE FILHOS: 3 MENORES: - MAIORES: 3	
SITUAÇÃO HABITACIONAL			
FORMA DE OCUPAÇÃO	TIPO DE CONSTRUÇÃO	PROCEDÊNCIA DA ÁGUA	TRATAMENTO DA ÁGUA
☒ PRÓPRIA ☐ FINANCIADA ☐ ALUGADA ☐ NÃO POSSUI ☐ CEDIDA	☒ ALVENARIA ☐ MISTA ☐ TAIPA ☐ PALHA	☒ ENCANADA ☐ RIO ☐ POÇO ☐ LAGOA ☐ CACIMBA	☐ FILTRADA ☒ MINERAL ☐ FERVIDA ☐ SEM TRATAMENTO
		ENERGIA ELÉTRICA	DESTINOS DOS DEJETOS
		☒ SIM ☐ NÃO	☐ REDE DE ESGOTO ☐ OUTRO
SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA			
RENDA FAMILIAR	☒ FORMAL ☐ INFORMAL	☐ SEM RENDA FIXA	
	☐ ATÉ 1 SM ☒ 2 A 3 SM ☐ 4 A 5 SM ☐ 6 A 7 SM ☐ 8 A 10 SM	☐ AJUDA FINANCEIRA DE TERCEIRO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
ACOMPANHANTE	☐ SIM ☒ NÃO	NOME:	☐ PERMANENTE ☐ REVERSAMENTO
☐ PARENTE ☐ VIZINHO ☐ AMIGO ☐ PROFISSIONAL CONTRATADO			
AUTORIZADO ALIMENTAÇÃO	☐ SIM ☒ NÃO	MOTIVO: Depende de avaliação clínica para o acesso a alimentação	
OBSERVAÇÃO: Paciente internado por 1to. cirurgia ortopédica no 1to. membro superior direito com um amigo orientado sobre as normas do HPM			
FLUXO DO PACIENTE			
SETORES	TRANSFERÊNCIA / DATA	ALTA / DATA	RETORNO / DATA
DATA: 13/04/2015	ASSISTENTE SOCIAL CRESS / CARIMBO Rosa M. Borralho		

com 0615

09

RELATÓRIO MÉDICO

RELATO PARA FINS DE AVALIAÇÃO DO DPVAT, QUE FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA, RG Nº: 946.018, SSP-RN. SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO MOTO-CARRO) EM 13 / 04 / 2015, ONDE HOVE TRAUMA NO BRAÇO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES DO LADO ESQUERDO DO CORPO.

FOI SOCORRIDO PELO SENHOR FERNANDO TEIXEIRA PEIXOTO (CONHECIDO DA VÍTIMA) E LEVADO PARA O HOSPITAL CLÓVIS SARINHO, ONDE NÃO FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO PARA O DEOCLÉCIO MARQUES, ONDE DEU ENTRADA COM SUSPEITA DE FRATURA NO ÚMERO ESQUERDO. FEZ O Rx, QUE CONFIRMOU A FRATURA NA CABEÇA DO ÚMERO ESQUERDO. FEITO IMOBILIZAÇÃO COM GESSO, MEDICADO E LIBERADO.

EXAME FÍSICO:

APRESENTA DOR A MOBILIZAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO BRAÇO ESQUERDO. PERDA DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DO MEMBRO ESQUERDO.

CONCLUSÃO:

INCAPACITADO PARA REALIZAR ATIVIDADES LABORATIVAS E HABITUAIS.

CID 10: T 92.1.

PARNAMIRIM, 28 / 05 / 2015.

Estácio R. Medeiros Costa
CRM 4570
063.469 32/20

Dr. Estácio Rubinstein de Medeiros Costa

CREMERN – 4570

MÉDICO



06

RELATÓRIO MÉDICO

RELATO PARA FINS DE AVALIAÇÃO DO DUVAT, QUE FRANCISCO DAS
CHAGAS FERNANDES DA SILVA, RG Nº: 946.018, 22P-RM, 207RFU
AGENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLEÇÃO MOTO-CARRO) EM 13/04/2012,
ONDE HOUVE TRAUMA NO BRAÇO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES DO LADO
ESQUERDO DO CORPO.

FOI SOCORRIDO PELO SENHOR FERNANDO TEIXEIRA PEIXOTO
(CONHECIDO DA VÍTIMA) E LEVADO PARA O HOSPITAL CLÓVIS SARINHO,
ONDE NÃO FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO PARA O DECECIO
MAGNUS, ONDE DEU ENTRADA COM SUSPEITA DE FRATURA NO ÚMERO
ESQUERDO FEZ O RX QUE CONFIRMOU A FRATURA NA CABEÇA DO
ÚMERO ESQUERDO. FEITO IMOBILIZAÇÃO COM GESSO, MEDICADO E
LIBERADO.

EXAME FÍSICO:

APRESENTA POR A IMOBILIZAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO BRAÇO
ESQUERDO. PERDA DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO
DO OMBRO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DO MÊMERO
ESQUERDO.

CONCLUSÃO

HABITUAL
INCAPACITADO PARA REALIZAR ATIVIDADES LABORAIS E

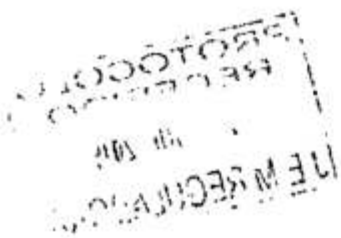
CD 101 T 2012

PARANAMIRIM, 28/05/2012.

Dr. Estácio Rubinstein de Medeiros Costa

CRM/RN - 4530

MÉDICO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Francisco das Chagas Fernandes da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Geraldo Zero da Silva, 145
Bom Jesus Bom Jesus RN CEP: 59270-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 946018
Data local do exame: [18/08/2015] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE UMEROS PROXIMAL A ESQUERDA - LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA ELEVAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA RI E ABDUÇÃO, NV PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR A ESQUERDA, DIFICULDADE PARA LEVAR A MÃO A BOCA A ESQUERDA.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMEROS PROXIMAL A ESQUERDA, FAZENDO FISIOTERAPIA.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

INVALIDEZ ANATÔMICO FUNCIONAL AO NÍVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro superior - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

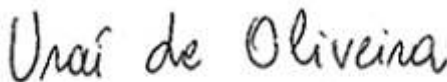
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



VITIMA

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAI 2015
JEM REGULADORA



07



Dados do Veículo de placa NNU4394 Em 05/05/2015 17:22:29

Placa NNU4394	Renavam 462992233	Placa Anterior NNU4394/RN	Tipo 4-MOTOCICLETA	Categoria 1-Particular	Espécie 1-Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 2824-HONDA/POP100 (Nacional)	Fabricação/Modelo 2012/2012	Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 13-ROXA	Carroceria 999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário DEMAIR JUSTINO DA SILVA				Recadastrado DETRAN DetranNet		
Proprietário Anterior CIRNE COM E SERV DE MOTOS LTDA				Situação Lacre REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN		
Município de Emplacamento BOM JESUS	Licenciado até 2014 em 19/03/2014, Licenciamento Anual no lote 008592, AR=RD790163074BR (CRLV emitido)(Via 1)			Adquirido em 18/04/2012	Situação Em Circulação	
Restrição à Venda Alienação Fiduciária em favor de BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.				Carnê de Licenciamento 2015 Gerado em 03/02/2015 às 01:49 hs.		
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame Nenhuma informação pendente até esta data						
Impedimentos Nenhum impedimento registrado até esta data						
▼ Listagem de Débitos						
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)		
Seguro DPVAT (2a. Parcela) 2015	9.00068070474	11/05/2015	99,16	99,16		
Seguro DPVAT (3a. Parcela) 2015	9.00068070475	11/06/2015	99,16	99,16		
Total dos Débitos			R\$ 198,32	R\$ 198,32		
▼ Infrações em Autuação						
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.						
▼ Listagem de Multas						
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.						
▼ Último Processo						
Processo 20012914/2012	Interessado 00055991483	Início em 23/04/2012 às 12h31min				
Situação Encerrado	Final em 23/04/2012 às 13h10min					
Serviço	Execução em					
Primeiro Emplacamento	Em 23/04/2012 às 12h31min por 10772502404					
Alienação Fiduciária	Em 23/04/2012 às 12h31min por 10772502404					
Geração de guia de pagamento	Em 23/04/2012 às 12h31min por 10772502404					
Auditoria	Em 23/04/2012 às 13h10min por 49078577487					
Emissão CRV(1ª via)	Em 23/04/2012 às 14h09min por 20069510415					
▼ Recurso de Infração						
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.						

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAI 2015
JEM REGULADORA

Voltar

08



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO DAS CHAGAS FERNANDES DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 000.946.018 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 28/01/1997
 CPF 403446434-93 CNPJ _____, PROFISSÃO Porteiro
 E RENDA MENSAL DE R\$ 278,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO DAS CHAGAS F. DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 62670-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

 LOCAL E DATA

Francisco das Chagas F. da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

10



PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAI 2015
JEM REGULADORA

11