



Número: **0805647-21.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **08/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA (AUTOR)		FRANCISCO FABIO DE MOURA JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57259791	02/07/2020 15:26	2732066_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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:	25/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000085269-1

Nr. da Autenticação CE9578FD78B0276A



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527740 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- PAG 6) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, B.LDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 2.0055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligação Gratuita: 116

-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 187

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MICHELE DE SOUZA BIFFERRE FERREIRA

CPF: 052.202.924-80 RG: 20040919220

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LEONILZA RODRIGUES FERNANDES 497

PINTOS/ÁREA URBANA

59825-518 MOSSORO/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

DATA DE VENCIMENTO

09/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

150,35

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

02/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

027976314

Série: LI

CONTA CONTRATO

000853475920

Nº DO CLIENTE

3000865315

Nº DA INSTALAÇÃO

600061819

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

RESERVADO AO FISCO

178C.CDA3.79F5.C606.2385.FAA6.FF93.79E7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,21635341	6,49
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,37069137	25,96
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,55633725	66,76
Consumo Ativo superior a 220 kWh	36,00	0,61615262	22,20
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,64
Contrib. Inv. Pública Municipal			11,73
ICMS-Parcela Subvenção Id			8,22
Multa por atraso-NF 024981571 - 03/06/19			2,43
Juros por atraso-NF 024981571 - 03/06/19			7,25
Atualização IGPM-NF 024814571 - 03/06/19			1,12
TOTAL D. FATURA			190,35

ICMS				PIS				COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
125,60	18,00	22,60	125,60	0,74	0,92	125,60	3,42	4,29			

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSAM CORTE.

Vencido	De Rece	Valor
02/08/19	02/08/19	125,15

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de pagamento, poderá ocorrer o cancelamento do contrato, podendo também sofrer cobrança conforme as condições definidas no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer cortes de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh: 0,18546999	AGO 19: 256
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,32970200	JUL 19: 231
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 0,45363006	JUN 19: 249
Consumo Ativo superior a 220 kWh: 0,48117080	MAY 19: 241
	ABR 19: 230
	MAR 19: 259
	FEV 19: 329
	JAN 19: 280
	DEZ 18: 241
	NOV 18: 231
	OUT 18: 237
	SET 18: 244
	AGO 18: 208

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	58,57
Transmissão	25,38
Distribuição (Cosern)	9,02
Estornos Setoriais	31,91
Perdas	2,62
Perdas de Energia	27,81
TOTAL	125,60

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	INTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000095007855	CAT	04/07/2019 28.282,00	02/08/2019 28.548,00	38	1,6000	0,00	256,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA FATURA: 02/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APROXIMADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
DICR-Duração de Interrupção em horas	MOSSORÓ	0,00	4,93	0,81	15,82
RIC-Rateio de Interrupção em horas		0,00	0,23	0,47	12,85
DICR-Duração de Interrupção em horas		0,00	2,77	0,50	0,00
DICR-Duração de Interrupção em horas					
ELIBO-Valor do Estorno de Uso = R\$ 45,24					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: drogaria, farmácia, loja de materiais de construção, etc. ou diretamente em nosso site: www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Na data da fatura a bandeira em vigor é a VERMELHA. Mais informações em www.aneel.gov.br. Pague, em atraso para multa, a violação da continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 45,13. O Cliente é responsável pelo pagamento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de atendimento, podendo também ser cobrada a custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000853475920	08/2019	150,35	09/08/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitura ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

83800001017 503500384000 853475920203 018195560631



energia.com.RFCConversaoServlet?redirefatura...

1/1



Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pelo SIAFEM, em 02/07/2020
NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Saneamento de Mossoró S/A - SANEAM
RUA PEDRO CHAVES 1 SN
MOSSORÓ RN 59007-130

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIO COUTO DA COSTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO CHAVES 1 SN

CPF: 077.219.894

NOVA BETANIA REA URBANA
MOSSORÓ RN
59007-130

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

021715783 15 2/2018
29092018 3003212 544,87

0502620018 03/2018
05/04/2018 24/04/2018
123,20

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMO EM kWh	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo em kWh	151,000000	8,8370753	102,57
Custo de Aterramento			8,28
Reserva de Unidade Consumidora			7,53
Multa por atraso NF 017288854 - 29/12/18			0,28
Multa por atraso NF 017288854 - 29/12/18			1,23
Multa por atraso NF 017288854 - 29/12/18			0,15
Multa por atraso NF 017288854 - 29/12/18			1,27
Multa por atraso NF 017288854 - 29/12/18			0,14
Multa por atraso NF 017288854 - 29/12/18			0,83

TOTAL DA FATURA

123,20

APROVECHAMIENTO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
APROVECHAMIENTO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

CONSUMO EM kWh	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO EM kWh	151,00	8,83	102,57	8,28	7,53	0,28	1,23	0,15	1,27

CONSUMO EM kWh 151,00 VALOR 8,83 VALOR 102,57 VALOR 8,28 VALOR 7,53 VALOR 0,28 VALOR 1,23 VALOR 0,15 VALOR 1,27

RECEBIDO
11 SET 2019
RETRADO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.



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, 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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônia Vandelicia Medeiros Brasil
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.948.234 / 62 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Nichele de Souza Bezerra Inscrito (a) no CPF sob o nº 052.202.934-80

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Nichele de Souza Bezerra

Inscrito (a) no CPF sob o nº 052.202.934-80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusado Renda: Recusado e apresento os documentos comprobatórios:

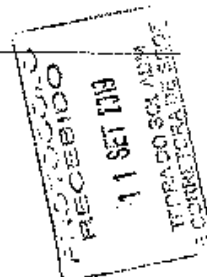
☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Pedro Chaves</u>	Número:	<u>50</u>	Complemento:	<u>loja</u>
Bairro:	<u>Nova Betânia</u>	Cidade:	<u>Mossoró</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59607-130</u>
				Tel.(DDD):	<u>84-9931-7083</u>

Local e Data: Mossoró 21.05.19

Antônia Vandelicia Medeiros Brasil
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU	<u>Francisco Xavier da Costa Junior</u>	
RG	<u>002.255-019</u>	DATA DA EMISSÃO <u>10, 03, 2016</u>
ORGÃO	<u>1º EP R/N</u>	PORTADOR DO CPF <u>012.373.454-35</u> COM
DOMICILIO	NA CIDADE DE <u>Mossoro</u>	NO ESTADO DE <u>R/N</u>
ONDE RESIDE	NA (RUA, AVENIDA, ESTRADA)	<u>Leonizio Rodrigues</u>
	<u>Fernandes</u>	F.º Nº <u>497</u>

DECLARO SOB AS APENAS DA LEI, QUE O VEICULO ABAIXO MENCIONADO E (ERA) DE MINHA
 PROPRIEDADE NA DATA DO ACIDENTE OCORRIDO COM A
 VITIMA Michelle de Souza Bezerra Feneira CUIO O CONDUCTOR
 ERA Michelle de Souza Bezerra Feneira
A

VEICULO Motocicleta
 MODELO Bombac 125 Fan KS
 ANO 2009
 PLACA NLP 7618
 CHASSI 9c53c4330AR507668
 DATA DO ACIDENTE 07.01.2019

RECEBIDO
11 SET 2019
TEREZA DO SOLAR
CONHECTORA DE RUA

Assinatura do Declarante: Francisco Xavier da Costa Junior

ASSINATURA DO DECLARANTE

610 Melville St. Young Bingham Kentland

ASSINATURA DO CONDUTOR (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Edição: 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655

[illegible]



HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

FIA: 124

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 36884 /2019

Admissão: 07/01/2019 13:38:21

CIRURGIA GERAL - VERDE

Pront: 205446

Paciente: 31152 - MICHELE DE SOUZA BEZERRA (35 a 8 m 7 d)

Nascimento: 30/04/1973

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

INS: 7047045180233-10

CPF: 05220292480

Prof:

Mãe: ARLETE DE SOUZA BEZERRA

Pai: ELISEU JERONIMO DE SOUSA

Logradouro: FRANCISCO MOTA, 497

CEP: 59625395

Bairro: PRESIDENTE COSTA E SILVA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.98714151/84.987141599

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:	
						07/01/2019 13:29:53			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA EM PERNA ESQUERDA.

Hora: ____

Paciente trazida pela família após queda de moto. Estava de cabeça para baixo.
Negar perda de consciência e vômitos.

A: VA pérvia; SC normal.

B: MV + bilobulada.

C: Hemodinâmica estável.

D: ECG = 15.

E: edema + escoriações em joelho E.

Col.: - Pare X de perna e coxa E

- ALTA DA CIRURGIA GERAL

- As unidades da integridade



Diagn. Inicial:

Dr. Antônio Teixeira Neto
Cirurgia Plástica
CRM-RN 02281

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORO 12/12/19
SOME/ARQUIVO
SOME 12/12/19

() Deixado médico - () Transferido - () Evasão - () Óbito - () Interna: (Preencher CID, PROCD e assinar)

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico

K por JOSÉ MARIA DA SILVA. Impresso em 07 de Janeiro de 2019.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:26:29

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215262956600000055021076

Número do documento: 20070215262956600000055021076

Num. 57259791 - Pág. 7

Prontuário: 205446



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MICHELE DE SOUZA BEZERRA** (Fia: 124/2019), CPF: 05220292480.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 07 de Janeiro de 2019.

Mariane de Lourdes de Paula

Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 18/01/19

Mariane de Lourdes de Paula
SAME/ARQUIVO
18/01 - 15:54:00



Sistema Ministério SUS único de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA		2 - CNES 2503689	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA		4 - CNES 2503689	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE MICHELE DE SOUZA BEZERRA (8 - 124/2019)		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 205446	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704704518023340	8 - DATA DE NASCIMENTO 30/04/1983	9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE ARLETE DE SOUZA BEZERRA		DDD 84	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 987141599
13 - NOME DO RESPONSÁVEL MICHELE DE SOUZA BEZERRA		DDD 84	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 987141599
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) FRANCISCO MOTA, 497 - PRESIDENTE COSTA E SILVA			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 240800	18 - UF RN	19 - CEP 59625395
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Traumatismo de membro inferior com fraturas múltiplas de um membro inferior			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO Traumatismo de membro inferior			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) R. fratura de 4r			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR		24 - CID 10 PRINCIPAL T02.3	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOC. 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 308010019	
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2	31 - DOCUMENTO ☐ CNS ☒ CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 13186183472
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/01/2019	
		35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA 	40 - Nº DO LAUDO ORTOMÉDICO SÉRIE 13186183472	
41 - CNPJ EMPRESA 		42 - CNAE DA EMPRESA 	43 - CBOR
44 - PREVIDÊNCIA ☒ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
45 - NOME DO(A) AUTORIZADOR(A) LIGINEY LINO DE OLIVEIRA		46 - COD. ORGÃO EMISSOR HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA	
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565		48 - ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 18/01/19	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 18/01/2019		50 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) SAME/ARQUIVO	



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 124 /2019

Prontuário: 205446

Paciente: 31102 - MICHELE DE SOUZA BEZERRA

Cartão SUS: 704704518023340

Idade: 35 anos 3 meses 7 dias Sexo: M CPF: 05220292480

Nome da mãe: ARLETE DE SOUZA BEZERRA Etnia: PARDA

Nome do pai: ELISEU JERONIMO DE SOUSA

Rua/Av: FRANCISCO MOTA

Complemento:

Dt Nasc: 30/04/1983
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 497

Bairro: PRESIDENTE COSTA E
SILVA

CEP: 59625395

Telefone: 84 987141599 84 987141599

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: MICHELE DE SOUZA BEZERRA -

Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Cidade: MOSSORO

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 216. 01

Admissão: 07/01/2019 14:50:22 Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: T02.3 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MULTIPLAS DE UM MEMBRO
INFERIOR
308010019 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 15/01/19
SAME/ARQUIVO
15.01.2019-6

MOSSORO, 07 de Janeiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Michael de Souza Bezerra Reg Nº 20.54.46

Diagnóstico pré-operatório: Ex. fratura tibial fechada R

Indicação terapêutica: Fixar ex. fratura tibial (aparelho de amigos,

INTERVENÇÃO

Início: 14h Fim: 16h Duração: 2h

Operador Dr. Rodrigo J. Silva

1ª Auxiliar: Dr. Antônio Pinheiro

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiologista: Dr. João Neto

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 20/07/2020

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva

SAME ARQUIVO

14/07/2020

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pouco Contaminada () Contaminada () Infectada

Ex. fratura tibial fechada R
AAS + ALI

Fixação fratura externa com aparatos
fixado com placa 2.5 tração mecânica
Curativo

Resposta OK

Medicação via dependência externa

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva



2007021526295660000055021076

17-0271

0040

RM

Michael da Silva Borges



MICHAEL DA SILVA BORGES

PRINCIPAIS FUNÇÃO DESENVOLVIDOR DE SOFTWARE

ANEXOS DE SOFTWARES

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

DESENVOLVEDOR

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

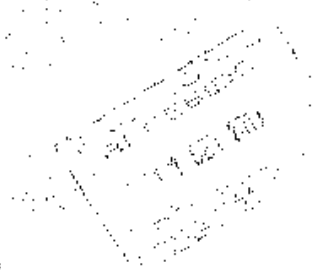
PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA

PROFESSOR DE INFORMÁTICA



11/09/2019 15:38

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 052.202.924-80

Nome: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data de Nascimento: 30/04/1983

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 30/01/2002

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:30:38 do dia 11/09/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 052A.2C9E.F97E.A3E7



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Serviços/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/PRF nº 1.048, de 13/02/2015.)

recos.ref.fazenda.br/AtaPerf/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaE01n.432

1/2



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:26:29
<https://pje1g.trf3.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215262956600000055021076>
Número do documento: 20070215262956600000055021076

Num. 57259791 - Pág. 14

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 002.501.226 DATA DE 31/08/1978

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS
BRASIL

FILIA
JOSE LEITE BRASIL

MARIA DE FATIMA MEDEIROS

NATURALIDADE

PAU DOS FERROS RN 31/08/1978

DATA DE NASCIMENTO

LA-30 F-134 RG-003050

PAU DOS FERROS RN 02 CARTURIO

CPF 211.100

Jose Leite Silva

ASSISTENTE SOCIAL

LEITE MEDEIROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CENTRAL DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIRETO

ARMADOR DO TIRADOR

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

061.948.234-61

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

31/08/1978

PACOTICOLO
RECEBIDO

11 SET 2019

TRAFEGO SOLAD4

RECORRETORE DE SESS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN RN Nº **013703118392**
ESTADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** COD. RENAVAM **00165308486** RCTRC ********* EXERCÍCIO **2018**

NOME **FRANCISCO XAVIER DA COSTA JÚNIOR**

PLACA **012-171-484-35** **NOF 7618**

PLAUS **NOF 7618** **9C20C4110AR507668**

PASSEIJEIRO **MOTOR/CICLO/REO/ABECANO** **GASOLINA**

RODA/CG **15 FAN RS** **2008** **2010**

CGY/184 C **LEONARDAS** **PARTICULAR** **VERMELHA**

COTA **0.01** **VENO COTA ÚNICA** **09/06/2018** **1º PAGO**

2º PAGO **3º PAGO**

PREMIO TARIFARIO **TAXAS** **DETRAN: PAGO** **PREMIO TOTAL (R\$)** **DATA DE PAGAMENTO**

DETRAN: PAGO **PREMIO TOTAL (R\$)** **DATA DE PAGAMENTO**

MOTOR: 9C20C4110AR507668

MONITOR: 9C20C4110AR507668

DATA: 27/06/2018

SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
SEGURADORA LIDER - DPVAT

RN Nº 013703118392 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2018** DATA EMISSÃO **27/06/2018**

VIA **1** **012-171-484-35** **NOF 7618**

RENAVAM **00165308486** **HONDA/CG 125 FAN RS**

ANO FAB **2008** **9C20C4110AR507668**

PREMIO TARIFARIO

FUN (R\$) **DETRAN (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **DE (R\$)** **TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)**

COTA ÚNICA **PAGAMENTO** **PARCELADO** **DATA DE QUITAÇÃO**

SEGURO LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.029/0001-04

100-2017

PROTÓCOLO
RECEBIDO
11 SET 2018
TERRA DO SOL ALM.
SECRETARIA DE SEGS



2007021526295660000055021076

17-0271

0040

RN

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA



47/0002019

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 052.202.924-80

Nome: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data de Nascimento: 30/04/1983

Situação Cadastral: REGULAR

RECEITA
FEDERAL

11/05/2020

Assinado eletronicamente por:
LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA



REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

002.501.226

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS

FILIA

JOSE LEITE BRASIL

MARIA DE FATIMA MEDEIROS

DATA DE NASCIMENTO

31/08/1978

RG-003050

PAU DOS FERROS RN

LA-30 F-134

02 CARTORIO

CPF

211100

JOSE LEITE BRASIL

ASSINADO ELETRONICAMENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

ASSINADO ELETRONICAMENTE

02 CARTORIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013703118392

VIA 1
COD. RENAVAM 0016530486
RUBRIC 00000000000000000000
EXERCÍCIO 2018

FRANCISCO XAVIER DA SILVA JÚNIOR

012-171-464-35
PLACA
ROR 7618

RETOUR 0/00
CHASSI 9C2UC4110AR501668

PASSELEI
MOTOR/CILINDROS/VALVULAS/COMBUSTÍVEL
GASOLINA

HONDA/CC 125 FAN XS
ANO FAB 2009 ANO MOI 2010

CCY/124 C LENDRADAS
DEFENSORIA PARTICULAR
COR PREDOMINANTE VERMELHA

RETOUR 0/00
VENO COTA UNICA 05/05/2018
VENO COTAS 1º PAGO

RETOUR 002944 31
PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO 100,00
TAXAS 100,00
DETRAN: PAGO
PREMIO COTA UNICA 100,00
DETRAN: PAGO

DATA DE PAGAMENTO 27/06/2018

MOTOR: UC4110AR501668

MONITOR: 00000000000000000000

DATA 27/06/2018

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:26:29

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIAGEM PRESTRE OU POR SUA CARGA APRESSADA
EM CASO DE ACIDENTE - SEGURO DPVAT

RN Nº 013703118392 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018
DATA EMISSÃO 27/06/2018

012-171-464-35
PLACA
ROR 7618

RETOUR 0016530486
HONDA/CC 125 FAN XS

ANO FAB 2009
CHASSI 9C2UC4110AR501668

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 100,00
DETRAN (R\$) 100,00
CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100,00
COTA UNICA 100,00
DETRAN: PAGO

DATA DE PAGAMENTO 27/06/2018

MOTOR: UC4110AR501668

MONITOR: 00000000000000000000

DATA 27/06/2018

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:26:29





Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida para 14475 kWh de 14/04/19
NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Saneamento de Mossoró do Rio Grande do Norte
Rua Wenceslau, 1280 - Bairro: Vila, Rio Grande do Norte - CEP: 59625-200
CNPJ 06.924.068/0001-01 | Ins. Est. 20065195-9 | www.saneamento.rn.br

GRUPO DO CLIENTE

CLAUDIO COUTO DA COSTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO CHAVES 1 SN

CPF: 077.219.894

NOVA BETÂNIA ÁREA URBANA
MOSSORÓ RN
59007-130

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
PREDOMINANTE

DATA DE EMISSÃO	VALOR	PERÍODO
02/11/2018	14	2/2018
02/11/2018	14	2/2018
28/07/2018	300,00	544,87

DATA DE EMISSÃO	VALOR
05/02/2019	03/2019
05/04/2019	24/04/2019
123,20	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo de Energia Elétrica	14475 kWh	R\$ 0,8370753	12.121,57
Custo de Ativação			0,20
Reajuste de Unidade Consumidora			7,83
Multa por atraso - R\$ 0,1770428 - 25/01/19			0,20
Multa por atraso - R\$ 0,1770428 - 25/12/18			1,23
Juros por atraso - R\$ 0,1770428 - 25/01/19			0,16
Juros por atraso - R\$ 0,1770428 - 25/12/18			1,27
Acrescimo de Imposto - R\$ 0,1770428 - 25/01/19			0,14
Acrescimo de Imposto - R\$ 0,1770428 - 25/12/18			0,86





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

PIA: 124

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 36884 /2019

Admissão: 07/01/2019 13:38:21

CIRURGIA GERAL - VERDE

Pront: 205446

Paciente: 31152 - NICHELE DE SOUZA BEZERRA (35 a 8 m. 7 d)

Nascimento: 30/04/1973

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

INS: 7047045180233-10

CPF: 05220292480

Prof:

Mãe: ARLETE DE SOUZA BEZERRA

Pai: ELISEU JERONIMO DE SOUSA

Endereço: FRANCISCO MOTA, 497

CEP: 59625395

Bairro: PRESIDENTE COSTA E SILVA

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.98714151 / 84.987141599

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:	
						07/01/2019 13:29:53			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA EM PERNA ESQUERDA.

Hora: _____

Paciente trazida para de pronto socorro após queda de moto. História de acidente.
Nega perda de consciência e vômitos.

A: VA pérvia; sem alterações.

B: MM + bilobulados.

Vitalmente estável.



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:26:29

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215262956600000055021076>

Número do documento: 20070215262956600000055021076

Prontuário: 205446



**SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA**

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MICHELE DE SOUZA . BEZERRA** (Fia: 124/2019), CPF: 05220292480.

Declara, outrossim, que não houve ressão pelos médicos.



Sistema Ministério

SUS único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES

2503689

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

4 - CNES

2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MICHELE DE SOUZA BEZERRA (8 - 124/2019)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

205446

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704704518023340

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/04/1983

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ARLETE DE SOUZA BEZERRA

DDD

84

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

987141599

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MICHELE DE SOUZA BEZERRA

DDD

84

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

987141599

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

FRANCISCO MOTA, 497 - PRESIDENTE COSTA E SILVA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORO

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

240800

18 - UF

RN

19 - CEP

59625395

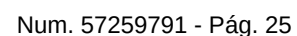
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Principais sintomas clínicos
doença crônica
doença crônica
doença crônica
doença crônica
doença crônica
doença crônica
doença crônica
doença crônica
doença crônica



Unit 153743-4



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 124 /2019

Prontuário: 205446

Paciente: 31102 - MICHELE DE SOUZA BEZERRA

Cartão SUS: 704704518023340

CPF: 05220292480

Idade: 35 anos 8 meses 7 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 30/04/1983

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ARLETE DE SOUZA BEZERRA

Nome do pai: ELISEU JERONIMO DE SOUSA

Rua/Av: FRANCISCO MOTA

Complemento:

Nº: 497

Bairro: PRESIDENTE COSTA E
SILVA

CEP: 59625395

Telefone: 84 987141599 84 987141599

Cidade: MOSSORO

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 216. 01

Responsável: MICHELE DE SOUZA BEZERRA -

Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Admissão: 07/01/2019 14:50:22

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: T02.3 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MULTIPLAS DE UM MEMBRO
INFERIOR
308010019 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome

Michael de Souza Lima Reg Nº *20.54.46*

Diagnóstico pré-operatório:

Fratura tibial fechada R

Indicação terapêutica:

Fixação com placa tibial (estabilização articular)

INTERVENÇÃO

Início:

Fim:

Duração:

Operador

Dr. Rodrigo Jales

1ª Auxiliar:

Dr. Antônio Brito

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:



2ª Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA NERMOZ, 150, B.LDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.524.198/0001-61
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

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

MICHELE DE SOUZA BILDEIRA FERREIRA

CPF: 052.202.924-80 RG: 20040918220

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LEONILZA RODRIGUES FERNANDES 407

PINTOS/ÁREA URBANA

59825-518 MOSSORO/RN

DATA DE VENCIMENTO

09/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

150,35

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

02/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

027976314

Série: LI

CONTA CONTRATO

000853475920

Nº DO CLIENTE

3008065315

Nº DA INSTALAÇÃO

0000561819

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
MonoFásico

RESERVADO AO FISCO

178C.CDA3.79F5.C606.2385.FAA6.FF03.79E7

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,21635341	6,49
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,37069157	25,96
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,50633725	60,78
Consumo Ativo superior a 220 kWh	36,00	0,61815262	22,29
Atividade Bandeira AMARELA			3,50
Atividade Bandeira VERDE/AMARELA			0,64
Contrib. Jom. Pública Municipal			11,73
ICMS Parcela Subvenção Idm			8,22
Multa por atraso NF 024981571 - 02/06/19			2,43

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Recib	Valor
02/07/19	02/08/19	125,15

Em conformidade com o art. 1º da Lei nº 10.438/02, o consumidor que não comparecer ao atendimento para o pagamento dos débitos em dia, poderá sofrer o corte do fornecimento de energia elétrica, podendo também sofrer cobrança conforme as condições definidas no Art. 9º da Lei nº 10.438/02. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

HISTÓRICO DO CONSUMO

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh	0,15546999
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,23870200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,33363000
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,40117000

60-NF-024981571 - 02/08/19

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:26:29

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021526295660000005021076

Número do documento: 2007021526295660000005021076

Num. 57259791 - Pág. 29



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	059-202-924-80	Michel de Souza Bezerra
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Michel de Souza Bezerra	059-202-924-80	
Profissão:	Endereço:	Número:
Do lar	Rua: Leonizia Rodrigues Fernandes	497
Bairro:	Cidade:	CEP:
Pintas	Monoro	59625-518
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	RN	8419933-7083

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (011) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 00085269 1

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinale uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Monoro 11-04-2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:
CPF:

Assinatura

2º | Nome:
CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé pública do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008660/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/03/2019 11:18 Data/Hora Fim: 29/03/2019 12:00
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 07/01/2019 12:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Avenida Francisco Mota
Complemento: EM FRENTE AO RESTAURANTE TENDA
Ponto de Referência: EM FRENTE AO RESTAURANTE TENDA
Tipo do Local: Em veículo

Bairro: Presidente Costa e
Nº: 811

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MICHELE DE SOUSA BEZERRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Feminino Nasco: 30/04/1983

Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Solteira(a)

Nome da Mãe: Anete de Sousa Bezerra

Nome do Pai: Elisau Geronimo de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 052.202.924-80

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: AVENIDA FRANCISCO MOTA
Bairro: COSTA E SILVA
Telefone: (84) 98714-1599 (Celular)

Nº: 497



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário: 012.171.454-35

Renavam: 00165303486

Número do Chassi: 9C2JC4110AR507668

Cor: VERMELHA

Município Veículo: Mossoró

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Quantidade: 1 Unidade

Última Atualização Denatran: 27/06/2018

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NQP7618

Número do Motor: JC41E1A507668

Ano/Modelo Fabricação: 2010/2009

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Veículo Adulterado? Não

Situação: Envolvido

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido

Michele de Sousa Bezerra

Envolvimentos

Possuidor

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 02/07/2020 15:26:29

Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impressão por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 29/03/2019 12:00

Página 1 de 2

Rogério de Carvalho Brito
Agente de Polícia Civil
Mat. 380-2

Michele de Sousa Bezerra





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008660/2019

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO A REFERIDA MOTO NO LOCAL E DATA DESCRITO QUANDO UM OUTRO UMA OUTRA MOTO FEZ UMA MANOBRAS A SUA FRETE E VEIO A COLIDIR NA SUA MOTO, VINDO A COMUNICANTE/VITIMA A CAIR AO CHÃO SOFRENDO LESÕES PELO CORPO. A COMUNICANTE RELATA QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE A LEVARAM AO HRTM EM MOSSORÓ. A COMUNICANTE RELATA QUE VINHO SÓ NA REFERIDA MOTO, NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Rogério de Carvalho Brito Castro

Responsável pelo Boletim

Rogério de Carvalho Brito

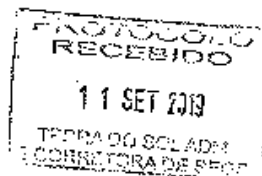
Agente de Polícia Civil

Mat. 157.380-2

Micheto de Sousa Bezerra

(Vítima / Comunicante)

Declaro que eu deu fides das informações acima apresentadas e de que eu sou responsável civil e criminalmente pela presente declaração e de que a mesma é verdadeira e correta e não contém nenhuma falsidade ou omissão de fato ou de circunstância relevante para a ocorrência do crime em questão.

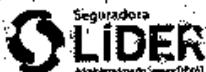


Delegado da Polícia Civil: Francisco Edvan do Queiroz
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 29/03/2019 12:00

Página 2 de 2

PPa - Departamento Policial de Elaboração de Boletins





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 059-209.924-80 Nome completo da vítima: Michele de Souza Bezerra

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

Nome completo: Michele de Souza Bezerra CPF: 059-209.924-80

Profissão: do lar Endereço: Leonizia Rodrigues Fernandes Número: 497 Complemento: casa

Bairro: Pintos Cidade: Marofo Estado: RN CEP: 59625-538

E-mail: _____ Tel./DDD: 84 9933-7083

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 00085269 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação e comprovação da existência das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
deletada
ou
assinada
pelo
beneficiário
ou representante

Local e Data, Marofo 31.04.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Michele de Souza Bezerra
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

001 V001/2018



AUTO-ATENDIMENTO - AG MOSSORO RN

DATA: 10/09/2019

HORA: 13:19:05

TERMINAL: 05601020

CONTROLE: 056010030438

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.0005269-1

NOME: MICHELE DE SOUZA B FERREIRA

TIPO DE CONTA: 013 - POUANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: R\$ 1.000,00
RECEBIDO

TELEFONE DEPOSITANTE: 011 8931-7062

NÚMERO DO ENVELOPE: 011 8931-7062
CORRETORA DE SEGS

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527740

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

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 14918256

Pag. 00841/00842 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527740

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **000000085269-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:	25/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000085269-1

Nr. da Autenticação CE9578FD78B0276A



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORSAUTE:

Nome: Michele de Souza Bezerra Ferreira, brasileiro(a),
estado civil: Divorciado, Profissão: DO LAR,
Cobertura: VALIDEZ, portador(a) do RG 2005398, Data do Acidente: 07.01.2019
SSA-RN do CPF: _____, órgão expedidor
Georgio Rodrigues Fernandes residente no(a)
bairro: Pinhar, nº 497
município: Mossoro, I.R.N.
AUTORGAN: _____

OUTERGAD

Nome: Antônia Vandelice Medeiros Brasil brasileiro(a)
estado civil: casada Profissão: Recusou portador(a) do RG
002.501.626, órgão expedidor FTGERN e do CPF: 061.948.234.62
no(a) Ardeus Chaves, residente
bairro: nova Betânia, município: Mossoró nº 2 SR
RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Supesep.

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

Mosoro RN 21.05.19

Local e Data

1º OFICIO

Michel de Souza Bryan Ferraz
Assinatura do Outorgante

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Rua Vitorino de Almeida
 100 - Centro - Rio de Janeiro
 20030-000 - Rio de Janeiro, RJ
 Tel: (21) 250-0000 - Fax: (21) 250-0001
 E-mail: contato@elmar.com.br
 Site: www.elmar.com.br

RECEIVED
11 SET 1969
U.S. AIR FORCE
COLUMBIA, MISSOURI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315416/19

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

CPF: 052.202.924-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: MICHELE DE SOUZA
BEZERRA FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL : 061.948.234-61

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

MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA : 052.202.924-80

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 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: 11/09/2019
Nome: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL
CPF: 061.948.234-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527740 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- PAG 6) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 022 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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Antonia Vandeline Medeiros Brasil

Inscrito (a) no CNP/CNPJ

061.948.234

62

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Nichele de Souza Bezerra

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

052.202.934-80

do sinistro de DPVAT cobertura

INVALIDEZ

da vítima

Nichele de Souza Bezerra

(a) no CPF sob o Nº

052.202.934-80

conforme determinação da Circular Susep 445/12;



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU Francisco Xavier da Costa Junior

RG 002.255-019 DATA DA EMISSÃO 10/03/2016

ORGÃO 2 E P R/N PORTADOR DO CPF 032.373.454-35 COM

DOMICÍLIO NA CIDADE DE Mossoro NO ESTADO DE R/N

ONDE RESIDO NA (RUA, AVENIDA, RUA) Leorizio Rodrigues

Financas F.º 497

DECLARO SOB AS APENAS DA LEI, QUE O VEÍCULO ABAIXO MENCIONADO É (ÉRA) DE MINHA PROPRIEDADE NA DATA DO ACIDENTE OCORRIDO COM A

VITIMA Micheli de Souza Bezerra ^{feminina} CLHO O CONDUTOR

ERA Micheli de Souza Bezerra ^{feminina}

VEÍCULO Motocicleta

MODELO Montage 125 Fan KS

ANO 2009

PLACA NLP 7618

57259791



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

Nome: Michele de Souza Bezerra Ferreira, brasileiro(a),
 estado civil: Divorciada Profissão: DO lar Data do Acidente: 07-01-2019
 Cobertura: VALIDAR portador(a) do RG 2005398 órgão expedidor
SSP-RN do CPF: residente no(a)
Georgio Rodrigues Fernandes nº 497
 bairro: Pinhar município: Mossoró I. RN

OUTORGADO

Nome: Antônia Vandelice Medeiros Brasil, brasileiro(a)
 estado civil: casada Profissão: Acusar portador(a) do RG
002-501-626 órgão expedidor ITERN do CPF: 061-948-234-63 residente
 no(a) André e Chaves nº 252
 bairro: Nova Belânia município: Mossoró I. RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:
 Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por
 telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e
 apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras
 conveniadas à Susep.

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

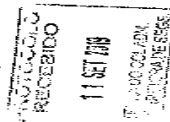
Mossoró RN 21.05.19
 Local e Data

1º OFÍCIO

Michele de Souza Bezerra Ferreira
 Assinatura do Outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



 Assinatura do Outorgado
 (Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315416/19

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

CPF: 052.202.924-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: MICHELE DE SOUZA
BEZERRA FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL : 061.948.234-61

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

MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA : 052.202.924-80

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 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: 11/09/2019
Nome: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL
CPF: 061.948.234-61

ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA





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, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527740

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **000000085269-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527740

Vítima: MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA VANDELICE MEDEIROS BRASIL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHELE DE SOUZA BEZERRA FERREIRA

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 14918256

Pag. 00841/00842 - carta_01 - INVALIDEZ

00380421





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 059.309.924-80 Nome completo da vítima: Michele de Souza Bezerra
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Michele de Souza Bezerra CPF: 059.309.924-80
Profissão: Do lar Endereço: Rua Leoniza Rodrigues Fernandes Nº 497 Complemento: Casa
Bairro: Vitorino Cidade: Moxoro Estado: RN CEP: 59625-518
E-mail: _____ Tel (DDD) 54 9933-7083

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

RENDA MENSAL: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 00085269
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de incapacidade permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhes ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



AUTO-ATENDIMENTO - AG MOSSORO RN
DATA: 10/09/2019 HORA: 13:19:05
TERMINAL: 056010268 CONTROLE: 056010030438

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0508 013.00005209-1
NOME: MICHELE DE SOUZA B FERREIRA
TIPO DE CONTA: 013 - POUANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 000,00
TELEFONE DEPOSITANTE: 011 2533-7062
NÚMERO DO ENVELOPE: 0710002 ADM
CORRETORA DE SEB

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008660/2019

Data/Hora Início do Registro: 29/03/2019 11:18
Data/Hora Fim: 29/03/2019 12:00
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 07/01/2019 12:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Avenida Francisco Mota
Complemento: EM FRENTE AO RESTAURANTE TENDA
Porto de Referência: EM FRENTE AO RESTAURANTE TENDA
Tipo do Local: Em veículo

Bairro: Presidente Costa e
Nº: 611

Natureza

1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)
Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MICHELE DE SOUSA BEZERRA (VITIMA, COMUNICANTE)
Naturalidade: Brasília
Profissão: Empregada Doméstica
Estado Civil: Solteira
Nome da Mãe: Anete de Sousa Bezerra
Nome do Pai: Eliseu Geronimo de Sousa

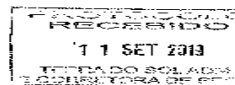
Documento(s)

CNPJ - Cadastro de Pessoas Físicas: 052.202.924-80

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: AVENIDA FRANCISCO MOTA
Bairro: COSTA E SILVA
Telefone: (84) 98714-1599 (Celular)

Nº: 497



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário: 012.171.454-35
Renavam: 00165305486
Número do Chassi: 9C2JC4110AR607688
Cor: VERMELHA
Município Veículo: Mossoró
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Quantidade: 1 Unidade
Última Atualização Denatran: 27/06/2014

Subgrupo: Motocicleta/Motonet
Placa: NQP7518
Número do Motor: JC41E1A507688
Ano/Modelo Fabricação: 2010/2009
UF Veículo: Rio Grande do Norte
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado?: Não
Situação Envolvido
Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido

Michèle de Sousa Bezerra

Envolvimentos
Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 29/03/2019 12:00

Página 1 de 2

Rogério de Carvalho Brito
Agente de Polícia Civil
Mat. 1221380-2

Michèle de Sousa Bezerra





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

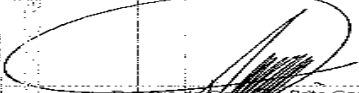
BOLETIM DE Ocorrência

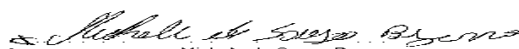
Nº: 008660/2019

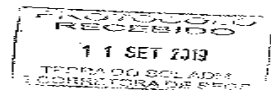
RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO A REFERIDA MOTO NO LOCAL E
BATA DESCRITO QUANDO UM OUTRO UMA OUTRA MOTO FEZ UMA MANOBRUA A SUA FRENTE E VEIO A COLIDIR NA
SUU MOTO. VINDO A COMUNICANTE VITIMA ATIZAR AO CHÃO SOPRENDO LESÕES PELO CORPO. A
COMUNICANTE RELATA QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE A LEVARAM AO HRTM EM MOSSORÓ. A
COMUNICANTE RELATA QUE VINHO SÓ NA REFERIDA MOTO. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS


Rogério de Carvalho Brito Castro
Delegado de Polícia Civil
Data: 10/03/2019


Micheto de Sousa Bezerra
(Vítima / Comunicante)



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edson de Gusmão
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro
Data de Impressão: 29/03/2019 12:00

Página 2 de 2
RPA - Protocolamento Policial Eletrônico





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 059.902.924-80 Nome completo da vítima: Michèle de Souza Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Michèle de Souza Bezerra

Profissão: Do lar Endereço: Joazeira Rodrigues Faria Estado: RN CEP: 59625-538
Bairro: Pindas Cidade: MONTEIRO

E-mail: _____ Telefone: 9833-7083

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

RECEBIMENTO
RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (101) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 00085269 (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora LIDER para realização de perícia ou de documentação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa qualquer concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: _____ Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esta cliente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a responsabilidade criminal por infração do Artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
Assinatura de quem assina A RGO: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/20.18



