



Número: **0809648-49.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO MENDONCA DE FREITAS (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57957 130	23/07/2020 18:10	2736821_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



Tarifa Social de Energia Eléctrica: Criada pela Lei 10.430, de 26/09/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Ava. Mariz, 195, São José, Natal - RN, CEP 58095-250
CNPJ 00.324.185/0001-31 | Insc. Est. 25035758-0 | www.cerri.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA PEREIRA DE FREITAS

Cl F 150.539.054-72

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO GUERARDI Nº 39

SELO HORIZONTE/AREA URBANA
MOSSORO RN
59605-370

CLASSIFICAÇÃO
S1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONTASSCO

7008573454 12/20/19

20/12/2019 13/01/2020

304,3

www.elsevier.com/locate/jmb

Consumo Alim. (MWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municípios
Multa por atraso NF 032811078 - 12/11/19
Multa por atraso NF 031261660 - 11/10/19
Juros por atraso NF 031296880 - 27/07/19
Juros por atraso NF 032811078 - 12/11/19
Atualização IPI NF 032139780 - 11/10/19
Atualização IPI NF 032811078 - 12/11/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
344,8010000	0,73086720	251,46
		288
		12,48
		22,12
		5,73
		5,03
		2,01
		1,68
		1,24
		0,50

TOTAL DA FATURA

304.31

Nº DO RECEIÇÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
12002	CAI	12-11-2010	05.510	12-12-2010	05.634	31	1,1200		344

	BALANCE CARRIED	%	UNPAID REPORTED	GRAND TOTAL	R\$	US \$
OCT-18 376				Promissão	10	6,23
NOV-18 330				Total Rótulo (Contas)	R\$	57,99
DIC-18 301	ICMS	294,53	27,23	Par de Paralelo	R\$	15,55
JAN-19 269	PIS	359,33	6,38	Incarpo Substância	R\$	12,48
FEB-19 233	COFINS	399,53	9,5	Tribuna	R\$	87,10
MAR-19 201				Total	R\$	216,91
ABR-19 168						
MAY-19 182						
JUN-19 260						
JUL-19 215						
AUG-19 381						

DSEF D126 F7B2.BHJS CB32 DEAR ECD

DSF7 D128 F7B2.8HJ5 CBC2 D581 FFBE 736C

1. **REDAÇÃO DO TEXTO** - Para obter o texto de uma página, clique no botão "Página" e digite o número da página que deseja visualizar. O texto será exibido na caixa de texto.





Companhia Energética do Rio Grande do Sul
Rua Marechal, 750 - Centro, Natal - R/R. CEP 54025-350
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Ins. Est. 20665192-0 | www.cesgsp.com.br

FRANCISCA PEREIRA DE FREITAS

CPF: 150.531 054-72

ENDERGO DA UNIDADE CONSIGNADA
RUA FRANCISCO BERNARDO 34

BEI O HORIZONTE/ARCA URBANA
MOSSORO RN
58505-370

CLASSIFICAÇÃO	
B1 RESIDENCIAL	AL
RESIDENCIAL	
Monofásico	

034483855	UNICA	12/12/2019
-----------	-------	------------

12/12/2019	31110701277	597504
------------	-------------	--------

7008573454 12/20/19

20/12/2019 13/01/2020

304

CONTRATO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
Contrato Administrativo	344.0330000	0,72066726
Acrescimo Bateria AMARELA		251,40
Acrescimo Bateria VERMELHA		7,68
Contrato Itim. Policia Municipal		52,40
Multa por atraso NF 032811078 - 12/11/18		22,12
Multa por atraso NF 03128660 - 11/10/18		5,03
Juros por atraso NF 03128660 - 11/10/18		5,03
Juros por atraso NF 032811078 - 12/11/18		1,61
Atualização ITRF NF 03128660 - 11/10/18		1,24
Atualização ITRF NF 032811078 - 12/11/18		0,50

TOTAL DA FOLHA

304.37

ID DO MEDIDOR	TIPO DA FLEXÃO	ANTERIOR		ATUAL		MDE DE CLAR	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
67893	CAI	10-11-2006	85 5 00	13-12-2006	93 854	0 30	7,0000		344,00

DATA DO DESPESA	RECEITA DE CATEGORIA	%	VALOR DO ANEXO	CONTABILIZACAO	RECEITA DE CATEGORIA	%	VALOR DO ANEXO
DEZ/10 344					Transferência	100	344,00
NOV/10 330					Transferência	100	330,00
OUT/10 330	ADMS	200,00	27,00	1,00	Transferência	100	330,00
SET/10 353	PM	200,00	0,00	1,00	Transferência	100	353,00
AGO/10 329	COFINS	200,00	3,00	0,00	Transferência	100	329,00
JUL/10 369					Transferência	100	369,00
JUN/10 367					Transferência	100	367,00
MAR/10 373					Transferência	100	373,00
ABR/10 151					Transferência	100	151,00
MAR/10 154					Transferência	100	154,00
FEV/10 260					Transferência	100	260,00
JAN/10 262					Transferência	100	262,00
DEZ/09 200					Transferência	100	200,00

DEED.D138 F7A2.0835 CUB2 D851 ZEPH 724.

[illegible]



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais informações, 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)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-2996 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 39

Eu, Maria Aparecida de Freitas Queiroga
RG nº 920753, data de expedição 04/12/08
Órgão Def. P., CPF nº 785584434-72

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Francisco Bernardo</u>
Número	<u>34</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Montes</u>
Estado	<u>PA</u>
CEP	<u>59605-310</u>
Tei. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Wac Pousi</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Montes - PA 23/03/20

Maria Aparecida de Freitas Queiroga

Assinatura do Declarante





**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 013

Mossoró 13 de Janeiro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **ANTONIO MENDONÇA DE FREITAS, 69 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Bicicleta (Atropelamento)

Data da Ocorrência: 04/01/2020

Local da ocorrência: Rua: João Leite, Boa Vista próximo a Socel e Colégio Manoel Assis.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida-02

Hora do Chamado: 13h 00min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Carlos Augusto Lopes Figueiredo, 44 anos, portador de RG: 1.718.491.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADMINISTRATIVA DO SAMU
MATRÍCULA 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
DIRETOR GERAL DO SAMU
MATRÍCULA 405418-2
CRM/RN 5997

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do documento ASL: 076992983-49 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Antonio Mendonça de Freitas

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 346/2012

5 - Nome completo: Antonio Mendonça de Freitas 6 - CPF: 076992983-49
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Francisco Bernardo 9 - Número: 39 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Niterói 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59605-370
15 - E-mail: Não possui 16 - Telefone: (84) 99827 0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.500,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.000,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados, indique uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Indique o banco)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 87364 5 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou incapacitado de apresentar o Laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 2.500/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do Laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito causador do sinistro automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (ou herdeiros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a requerente): 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a requerente): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a requerente): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a requerente): 38 - 1ª testemunha: CPF: Assinatura de testemunha: 39 - 2ª testemunha: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS-001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005742/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2020 15:09 Data/Hora Fim: 16/01/2020 15:44
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 04/01/2020 13:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Boa Vista
Logradouro: RUA JOÃO LEITE
Complemento: PRÓXIMO A SOCEL E AO COLÉGIO MANOEL ASSIS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO MENDONÇA DE FREITAS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Naso: 18/08/1950 Idade: 69 anos
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Aposentado
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Mendonça de Freitas Nome do Pai: João Júlio de Freitas

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 078.992.983-49
RG - Carteira de Identidade: 423.829

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Rua Francisco Bernardo Nº: 34
Bairro: Boa vista
Telefone: (84) 98882-5042 (Celular)

Nome Civil: CONDUTOR DO VEÍCULO TIPO MOTOCICLETA, DE PLACA E CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS
(SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição veículo tipo motocicleta, de placa e características não observadas	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Condutor do Veículo Tipo Motocicleta, de Placa e Características Não Anotadas	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Luiz Valério de Sales Nobre
Data de Impressão: 16/01/2020 15:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 23/07/2020 18:10:07

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072318100739700000055665999>

Número do documento: 20072318100739700000055665999

Num. 57957130 - Pág. 6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005742/2020

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta Delegacia de Polícia para informar que no dia, local e horário supramencionados, pedalava sua bicicleta, no sentido centro/bairro, quando nas mediações do Escola Municipal Manoel Assis, o condutor do Veículo, tipo Motocicleta, de PLACAS e Características não observadas, que vinha logo atrás COLIDIU na traseira na sua bicicleta, vindo a perder o controle e cair no asfalto; QUE foi socorrido pela Samu/Mossoró-RN até o Hospital Regional Tarcísio Maia-HRTM; QUE: ainda relata que devido a colisão, a vítima sofreu lesões descritas no PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO REGISTRO Nº239/2020 do HRTM. QUE: registra o BO para fins de seguro DPVAT. E nada mais disse

ASSINATURAS

Luiz Valdeiro de Sales Nobre

Agente de Polícia
Matrícula 170.249-1

Responsável pelo Atendimento

Antonio Mendonça de Freitas

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Danunção Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Luiz Valdeiro de Sales Nobre
Data de Impressão: 16/01/2020 15:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

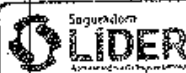


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 23/07/2020 18:10:07

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072318100739700000055665999>

Número do documento: 20072318100739700000055665999

Num. 57957130 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 076 992 983 - 49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Mendonça de Freitas

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Antonio Mendonça de Freitas 6 - CPF: 076 992 983 - 49
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Francisco Bernardo 9 - Número: 39 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Muroto 13 - Estado: MG 14 - CEP: 59605-370
15 - E-mail: Não possui 16 - Telefone: (84) 998 27 0066

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAL ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as contas abertas Asplu e uma Cagif) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (300) AGÊNCIA: 0560 CONTA: 87364 5

AGÊNCIA: (Informe o dígito do estado) CONTA: (Informe o dígito do estado) (Informe o dígito do estado) (Informe o dígito do estado)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de acordo com a documentação apresentada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que estiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 1.234/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica pré-sentida, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Última teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vítimas: _____ 30 - Vítima deixou assinatura (ou nome)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha filhos, informar Vítimas: _____ 33 - Vítima deixou passaportes/moitos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso decido 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 293 do Código Penal.

34 - _____ 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo) _____

38 - 1ª - Nome: _____ 39 - 2ª - Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

44 - _____ 45 - _____

46 - _____ 47 - _____

48 - _____ 49 - _____

50 - _____ 51 - _____

52 - _____ 53 - _____

54 - _____ 55 - _____

56 - _____ 57 - _____

58 - _____ 59 - _____

60 - _____ 61 - _____





AUTOATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN
DATA: 23/01/2020 HORA: 15:48:08
TERMINAL: 30641017 CONTROLE: 306410170450

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.00087164-5
NOME: ANTONIO MENDONÇA DE FREITAS
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~500~~

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 687017531

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162182

Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANTONIO MENDONCA DE FREITAS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **0000087164-5**

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, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162182

Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

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 15743007



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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000087164-5

Nr. da Autenticação 609E65D3A2486DC4



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126324/20

Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

CPF: 076.992.983-49

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 04/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA : 785.584.414-72

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

ANTONIO MENDONCA DE FREITAS : 076.992.983-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/04/2020
Nome: MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA
CPF: 785.584.414-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA

GERCIA LOURENCO DA SILVA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Mendonça de Freitas, brasileiro(a),
estado civil: Casado, Profissão: Aposentado Data do Acidente 04/01/2020
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 423.829, órgão expedidor
____ e do CPF: 078.992.983-49 residente no(a)
Rua: Francisco Bernardino nº 34,
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Mario Aparecida de Freitas Oliveira, brasileiro(a)
estado civil: Autônomo Profissão: Assist. Admin portador(a) do RG
920 753, órgão expedidor _____ e do CPF: 485.584.414-72 residente
no(a) Rua: Francisco Bernardino nº 34,
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró / 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 DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

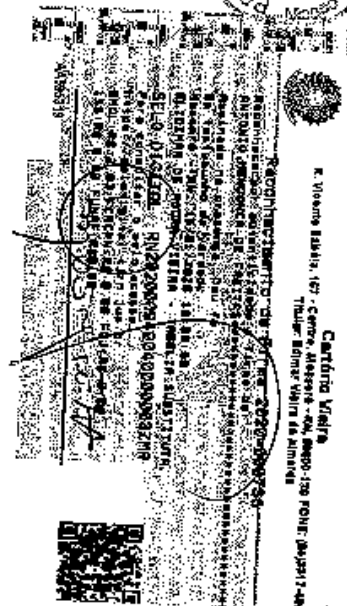
Mossoró - RN 25/05/20

Local e Data

1º OFÍCIO

Assinatura do Outorgante

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200162182 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO - PÁGINA 01.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

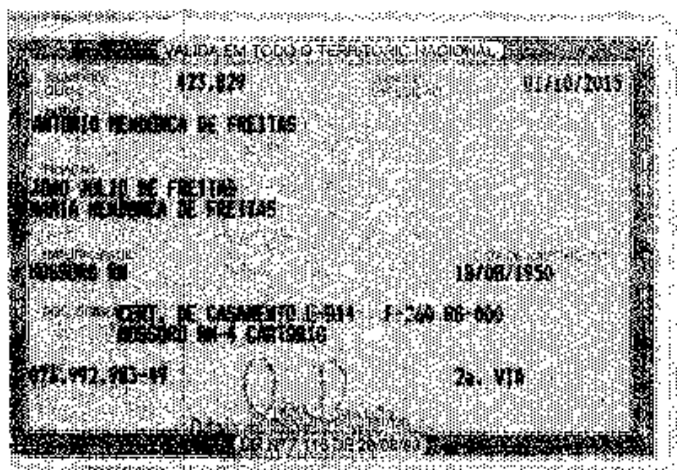
DANOS

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





VIA





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 08h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 12 04 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 84 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ovidório: 0800 021 91 39

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/PUBLICACAO/ALAS/P21/MO-16/CODIGO-70636>

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 fonte 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 REGULAÇÃO 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 9.633/98.

Pelo exposto, eu

Maria Aparecida de Freitas Queiroga

inscrito (a) no CPF/CNPJ

785584454, 72

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

Antonio Mendonça de Freitas

inscrito (a) no CPF sob o nº 076992983, 49

do sinistro de DPVAT decorrente

Invalidez

da vítima

Antonio Mendonça de Freitas

inscrito (a) no CPF sob o nº

076992983, 49

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Revisor

Renda:

Revisor

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 da endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Francisco Bernardo

Número: 34

Complemento: Casa

Bairro:

Belo Horizonte

Cidade:

Monte

Estado:

CEP:

59.605-340

E-mail:

Não possui

Tel (DDD):

(84) 99827-0066

Local e Data:

Monte - RJ 23/03/2020

Maria Aparecida de Freitas Queiroga

Assinatura do Declarante

MDL 001 V001/2017

