



Número: **0812821-81.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/08/2020**

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	
EDIEL RAIMUNDO PINTO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60347064	18/09/2020 21:30	2751766_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200212845

Vítima: EDIEL RAIMUNDO PINTO

Data do Acidente: 20/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MIKAELY PEREIRA DE SOUZA AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIEL RAIMUNDO PINTO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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: **EDIEL RAIMUNDO PINTO**

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

Banco: **033**

Agência: **000004456**

Conta: **000001028547-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

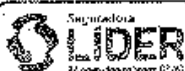
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (n) a(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima: 122.467.744-20

4 - Nome completo da vítima:

Ediel Raimundo Pinto

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

5 - Nome completo:

Ediel Raimundo Pinto

6 - CPF:

122.467.744-20

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua Joaquim Batista dos Santos

9 - Número:

60

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aeroporto

12 - Cidade:

Flomoro

13 - UF:

RO

14 - CEP:

57607-630

15 - E-mail:

Não possui

16 - Telefone (DDD): (84) 99927-0066

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Se envie para os bancos abaixo, assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (344)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

4466

CONTA:

030285470

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 1.354/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o processamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no encaminhamento médico apresentado para a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, ou a perícia, ou a análise de Sigeradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, bem como a eventual incapacidade para o trabalho.

Declaro que esta autorização não implica a minha 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 (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou filhos:

☐ Sim

☐ Não

26 - Se a vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Se tinha filhos, informar:

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

☐ Sim

☐ Não

30 - Se tinha filhos, informar:

☐ Sim

☐ Não

31 - Se tinha filhos, informar:

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

33 - Se tinha irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Sigeradora LIDER pagará, caso devolva a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 da Lei nº 2.995 do Código Penal.

34

35 - Nome legítimo de quem assinou o pedido (a seguir)

36 - CPF legítimo de quem assinou o pedido (a seguir)

37 - Assinatura de quem assinou o pedido (a seguir)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Flomoro - RO 05/10/19

Ediel Raimundo Pinto

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Precursor (se houver)

FPS.001 V002/2019



DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
0843538 BOMPREGO MASSOVI 20/11/2018
SANTANDER
18 02 40 (Holding de Brasília)
.....8392

Saldo N 93020001-8288

SALDOS

20/11/2019 (8-43) DI CONTABIL 20/11/2019

EDIEL RAIMUNDO PINTO

BANCO 033 AGENCIA:4456 CONTA 01-828547-0

SALDO CONTA CORRENTE

(+) LIMITE CHEQUE ESPECIAL

(-) SALDO BLOQUEADO

(=) SALDO DISPONIVEL

[Assinatura]
18/11/2019

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 6 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065422/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/12/2019 09:31 Data/Hora Fim: 04/12/2019 09:41
Origem: Data: 04/12/2019
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 20/11/2019 19:10

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Antônio Vieira de Sá

Bairro: Nova Betânia

Ponto de Referência: Praça do Rotary
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDIEL RAIMUNDO PINTO (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Messias Targino	Sexo: Masculino	Nasc: 04/03/1967
Profissão: Pedreiro			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Maria Francisca Pinto			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 722.467.744-20

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Ricardo Lima
Bairro: Aeroporto
Telefone: (84) 98123-7646 (Celular)

Nº: 136A

Nome Civil: MOTORISTA DESCONHECIDA DE UM CARRO, NÃO SABE A PLACA OU TIPO DO VEÍCULO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 722.467.744-20	Placa NOC6569
Renavam 00394536088	Número do Motor JC41E1C449517
Número do Chassi 9C2JC4110CR449517	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 04/12/2019 09:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

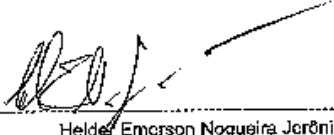
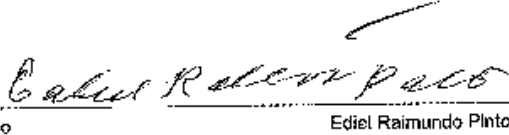
Nº: 065422/2019

Município Veículo	Mossoró	Marca/Modelo	HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo	HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	30/11/2011	Situação do Veículo	ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Ediel Raimundo Pinto		Proprietário	

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que conduzia a sua moto quando a autora do fato avançou a via preferencial de forma rápida, vindo a colidir contra a lateral da sua motocicleta; Que sofreu queda da sua moto na via; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou representação criminal; Que a autora do fato, após a chegada do SAMU, foi embora; Que foi encaminhado pelo SAMU ao HRTM; Nada mais disse.

ASSINATURAS

	
Helder Emerson Nogueira Jerônimo Agente de Polícia Matrícula 1690205 Responsável pelo Atendimento	Ediel Raimundo Pinto (Vítima / Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou a(s) única(s) responsável(is) pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que da originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Elezer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 04/12/2019 09:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

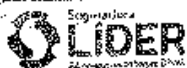


Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:30:37

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821303671600000057906496>

Número do documento: 20091821303671600000057906496

Num. 60347064 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

722.467.744-20

4 - Nome completo da vítima:

Ediel Raimundo Pinto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2012

5 - Nome completo:

Ediel Raimundo Pinto

6 - CPF:

722.467.744-20

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua Joaquim Batista dos Santos

9 - Número:

60

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aeroporto

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

57601-630

15 - E-mail:

Não possui

16 - Telefone:

(84) 99927-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - 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 CORTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$ 1.000,00 a R\$ 1.000,00

☐ R\$ 2.500,00 a R\$ 355,00/300

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 a R\$ 2.500,00

☐ ACIMA DE R\$ 2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados. Analisar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (304)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Santander

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

4456

CONTA:

030285470

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, a sumenda após a ratificação do crédito, quitação total da 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 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o processamento 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 nos termos da circular da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a resolução do IML nº 347/74.

Declaro que esta autorização não significa a prorrogação da perícia com a futura avaliação médica da residência ao direito de continuar a existir após o dia 30/09/2020.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Selecionados

30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Selecionados

33 - 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 me representarem e privarem este 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.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do Representante

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró - RN 05/10/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da Promotora (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V007/2019





**SAMU
MOSSORÓ
192**

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

DECLARAÇÃO DE Ocorrência REGISTRO Nº 687

Mossoró 26 de Novembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário **EDIEL RAIMUNDO PINTO, 52 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão carro x Moto

Data da Ocorrência: 20/11/2019

Local da ocorrência: Avenida: Antônio Vieira de Sá, Nova Betânia em frente à Praça do Rotary.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Bravo de Vida - 03

Hora do Chamado: 19h 16 min.

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

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Ediel Raimundo Pinto, 52 anos**, portador de **RG: 001.134.831.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT: 58682-1

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

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

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



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: 24/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIEL RAIMUNDO PINTO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04456

CONTA: 000001028547-0

Nr. da Autenticação 3358468BD009073A





Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Normaz, 150. Dêda, Natal - RN. CEP 59075-250
CNPJ 08.226.185/0001-41 | fone: 55 2005529-0 | www.cerri.com.br

ENDEREGO DA USUÁRIE CONSUMIDORA
 C.A. LUALUMBA INSTALACOES SAO JOSE DO

CPF 423.8±0.024 00

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDÊNCIA
RESIDÊNCIA

03:14583	LINKA	25:02019
----------	-------	----------

2000592706	2000592706	2000592706
50000000	00000000	00000000

7008516/01 10/2019
01/11/2019 26/11/2019
133.06

DECLARATION

Consumo Anual (kWh)
 Aquecedor Elétrico 2400-240
 Aquecedor Gás 600-1000
 Cozinha, Ref. 1000-1500
 Máquina de Lavar 100-150
 Jato de Vapor 100-150

CURRCHBASE	PRECED(24)	VALDE(16)
164 JF133333	C_EC366780	112.36
		2.67
		1.70
		10.30
		4.08
		2.18

REFERENCES

133.08

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS - FOLHA 001									
NUMERO DO EMPenho	NUMERO DO RASQUILHO	DATA	DESCRIÇÃO	DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
00000000000000000000	00000000000000000000	00/00/00		00/00/00					

COUNTRY		IMPORTS		EXPORTS		BALANCE	
YR	VAL	YR	VAL	YR	VAL	YR	VAL
1979	100	1979	100	1979	100	1979	100
1980	100	1980	100	1980	100	1980	100
1981	100	1981	100	1981	100	1981	100
1982	100	1982	100	1982	100	1982	100
1983	100	1983	100	1983	100	1983	100
1984	100	1984	100	1984	100	1984	100
1985	100	1985	100	1985	100	1985	100
1986	100	1986	100	1986	100	1986	100
1987	100	1987	100	1987	100	1987	100
1988	100	1988	100	1988	100	1988	100
1989	100	1989	100	1989	100	1989	100
1990	100	1990	100	1990	100	1990	100
1991	100	1991	100	1991	100	1991	100
1992	100	1992	100	1992	100	1992	100
1993	100	1993	100	1993	100	1993	100
1994	100	1994	100	1994	100	1994	100
1995	100	1995	100	1995	100	1995	100
1996	100	1996	100	1996	100	1996	100
1997	100	1997	100	1997	100	1997	100
1998	100	1998	100	1998	100	1998	100
1999	100	1999	100	1999	100	1999	100
2000	100	2000	100	2000	100	2000	100
2001	100	2001	100	2001	100	2001	100
2002	100	2002	100	2002	100	2002	100
2003	100	2003	100	2003	100	2003	100
2004	100	2004	100	2004	100	2004	100
2005	100	2005	100	2005	100	2005	100
2006	100	2006	100	2006	100	2006	100
2007	100	2007	100	2007	100	2007	100
2008	100	2008	100	2008	100	2008	100
2009	100	2009	100	2009	100	2009	100
2010	100	2010	100	2010	100	2010	100
2011	100	2011	100	2011	100	2011	100
2012	100	2012	100	2012	100	2012	100
2013	100	2013	100	2013	100	2013	100
2014	100	2014	100	2014	100	2014	100
2015	100	2015	100	2015	100	2015	100
2016	100	2016	100	2016	100	2016	100
2017	100	2017	100	2017	100	2017	100
2018	100	2018	100	2018	100	2018	100
2019	100	2019	100	2019	100	2019	100
2020	100	2020	100	2020	100	2020	100
2021	100	2021	100	2021	100	2021	100
2022	100	2022	100	2022	100	2022	100
2023	100	2023	100	2023	100	2023	100
2024	100	2024	100	2024	100	2024	100
2025	100	2025	100	2025	100	2025	100
2026	100	2026	100	2026	100		

MECANISMOS DE DEFESA

Resumo: Este trabalho tem por objetivo descrever os mecanismos de defesa utilizados por 100 sujeitos com idades compreendidas entre 15 e 25 anos, com o intuito de avaliar a influência da idade e do sexo no uso dos mecanismos de defesa. Os resultados revelaram que os sujeitos utilizam os mecanismos de defesa de forma adequada, sendo que os mecanismos de defesa mais utilizados foram a repressão, a racionalização e a projeção. Os resultados também revelaram que a idade e o sexo não influenciaram no uso dos mecanismos de defesa.

[illegible][illegible]

CÓDIGO CONTRATO	NOMBRE	FECHA DE VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR (\$)
0085187Q12D-2	09/08/2019	01/11/2019	133.06
Módulo: B38Z00000001-01336003840/-2 0085187Q12D-2 P1253964983-3			





COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica Grátis pela Lei 10.438, de 25/04/02
 Companhia Energética de São Paulo - CESP
 Rua Hering, 150 - São Paulo - SP, CEP 05425-200
 CNPJ 06.924.198/0001-01 | Insc. Est. 20553189-2 | www.cesr.com.br

DADOS DO CLIENTE
 NELIVAN M. FREITAS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOAQUIM V. PATRICIA DOS SANTOS 60

CPF: 489.582.094-02

SERVIÇO DE ENERGIA ELÉTRICA
 MÓDULO 0000 RN
 50007-000

CLASSIFICAÇÃO
 S1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	TIPO DE TÁRIFA
03/14/2018	03/14/2019	UNICA
01/11/2019	30/10/2020	UNICA

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR
01/11/2019	28/11/2019	133,06

CONSUMO (KWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abon. (KWh)	184,000000	0,65383793	120,30
Atividade Bandeira AMARELA			2,07
Atividade Bandeira VERDE			1,73
Consumo de Energia			12,33
Multa por atraso - 0,09751147 - 26/08/19			4,05
Imposto de Renda - 0,09751147 - 26/08/19			2,18
TOTAL DA FATURA			133,06

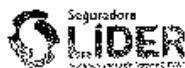
Nº DO MEMBRO	TIPO DA FATURA	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
21-025223	PAI	21/04/2019	100,00	21/04/2019	100,00	21/04/2019	100,00	21/04/2019	100,00

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
01/11/2019	133,06	01/11/2019	133,06	01/11/2019	133,06	01/11/2019	133,06

CONSUMO (KWh)	VALOR	CONSUMO (KWh)	VALOR	CONSUMO (KWh)	VALOR	CONSUMO (KWh)	VALOR
01/11/2019	133,06	01/11/2019	133,06	01/11/2019	133,06	01/11/2019	133,06

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR
01/11/2019	01/11/2019	133,06	01/11/2019	01/11/2019	133,06





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 822 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 021 51 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 027 12 06 | Central de Vendas: 0800 821 91 35

Eu, Mikaelly Pereira de Souza Azevedo
RG nº 002.374.430, data de expedição 34/03/19
Órgão SP, CPF nº 072.353.494-41
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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Joaquim Batista dos</u>
Número	<u>60</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Aeroporto</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59607-630</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Wag Perini</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Mossoró - RN 05/02/19

x Mikaelly Pereira de Souza Azevedo

Assinatura do Declarante





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 telefones a seguir.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1696 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para defeitos em audílios e de fiação): 0800 022 12 06 | Central Cuidados: 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/BIBLIOTECADWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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, imposto, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTA, 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 92-513/98.

Pelo exposto, eu Mikaelly Pereira de Souza Azevedo

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 072353494-47, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ediel Raimundo Pinto inscrito (a) no CPF sob o Nº 722467744-20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Ediel Raimundo Pinto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 722467744-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declara Profissão: Leitor Renda: Acumular e apresenta 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 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 Joaquim Batista dos Santos</u>	Número: <u>60</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Cidade: <u>Mozoro</u>	Estado: <u>PA</u>	CEP: <u>59607-630</u>
Sair: <u>Aeroporto</u>		Tel (DDD): <u>(91) 99827-0066</u>
E-mail: <u>Naõ possui</u>		

Local e Data: Mozoro - PA 05/12/19

x Mikaelly Pereira de Souza Azevedo
Assinatura do Declarante

DLR1.D01 V001/2017

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB 149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS

MEDICINA DO TRABALHO
LAUDO MEDICO

O paciente EDIEL RAIMUNDO PINTO, 54 ANOS de idade, PEDREIRO.

HISTÓRICO: Acidente de TRÂNSITO COM MOTO, NO dia 20.11.2019, em MOSSORÓ, tendo sido levado pelo SAMU ao Hospital REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MATA.

DIAGNÓSTICO: FRATURA CAVALGADA Complexa e cominutiva do 1/3 médio da Clavícula esquerda, associada a lesão Neuroplexica do plexo Braquial Homolateral.

PROCEDIMENTO: FORAM prestos os primeiros Socorros, exame + RX e imobilização provisória, além de medicação e orientação de que o HAVIA inscrito no SISREG para posterior tratamento cirúrgico, atendimento CONTEMPLADO.

QUADRO ATUAL: Apresenta sequelas de caráter DEFINITIVAS, caracterizadas por:

a) DOR CRÔNICA

b) DEFORMAÇÃO EXPRESSIVA

c) Perda da capacidade funcional LABORATIVA QUOTIDIANA de 40%.

concluído o tratamento, por não haver possibilidade de melhora do QUADRO, convém que seja o AUTOR submetido a exame pericial a GUISA de pleitear o que lhe for de DIREITO.

Policlínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

CD 10 T92 por
S42.0 + S44.3

Clinica Otava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro
Fone (84) 3317-3636
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h às 9h30min
3ª e 5ª Todas as manhã

MOSSORÓ 10 de junho de 2020

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopeda - CRM 1150/RN
Medicina do Trabalho - MTB 149 RJ

[Assinatura]





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 66962 /2019

Admissão: 20/11/2019 19:45:34

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 53120 - EDIEL RAIMUNDO PINTO (52 a 8 m 16 d)

Nascimento: 04/03/1967

Natural: MESSIAS TARGINO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708402719580968

CPF: 72246774420

Prof:

Mãe: MARIA FRANCISCA PINTO

Pai: JOSE RAIMUNDO

Logradouro: JOSE TOSCANO LIMA, 704

CEP: 59607527

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 33154830

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS:

Classificação:

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 53a, colisão moto/carro, consciente, Glasgow 15, fratura em clavícula esquerda?, trazido pelo SAMU.

Horas: 03

Paciente vítima de Colisão moto e carro
se estava e - via de ESPALDO, NHA
DOR de CONSCIENTES, MOVA INGESTA
E BERIM MIOCHES. Abom. Dor e - ART.
Ombros Esquerda e Clavícula esquerda
EGR Eupneico e consciente orientado
Ambos, phus físicos e sudores
passo e a familiar e - RES. Ant. Carro e

Diagn. Inicial: Acidente de moto, fratura de clavícula e?

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Dieta FR			
2. Parar do Antopendita.			
3. R de TURA AD			
4. Fina 140g IV ASORA		20:30	
Dr. Wagner F. Damão Cirurgião Vascular CRM 3346 / RQE 1130			
- Y. Boia			
20/11/19 - 20:30			
R de TURA SER JICA			
E PREVENIR O RAX E / O			
PREVENIR PLUVIA			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Impresso em 20 de Novembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
4ME MOSSORO 25/11/2019

SAME/ARQUIVO



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:30:37

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821303671600000057906496

Número do documento: 20091821303671600000057906496

Num. 60347064 - Pág. 14

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 53120 - EDIEL RAIMUNDO PINTO (52 a 8 m 16 d)
Nascimento: 04/03/1967 Natural: MESSIAS TARGINO BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 708402719580968 CPF: 72246774420 Prof:
Mãe: MARIA FRANCISCA PINTO Pai: JOSE RAIMUNDO
Lugar de nascimento: JOSE TOSCANO LIMA, 704
CEP: 59607527 Bairro: AEROPORTO Cidade: MOSSORO
Telefone: 84.33154830 Compil:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
*Empresa:

FOSS:

Classificação:
20/11/2019 19:40:56

PESO:	
--------------	--

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: S3a, colisão moto/carro, consciente, Glasgow 15, fratura em clavícula esquerda?, trazido pelo SAMU.

PISANUP VIFIM E Colher modo e como
 de. E TAVS E - VSA D. USPAUTE, NESA
 PDAZ da consciência, MOGA IUSFETAR
 E BERIDA Alusohes. ABERO DOX E - AAT.
 OMBAU Escritos e Chancels Escritos
 EGR Euphuos e consiente Omentado
 ARIDUMP, plus fbscos e Judolos
 Puro-u e Afonizate e - RES. Af Carro

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORARIO	ASSINT.
1	DIE TA - GR			
2	PANTEN DO ANTOPELITA.			
3	Rx DO FURAX AD			
4	fin h1 hof IV ASORA		20:30	

Dr. Wagner F. Gamão
Clínica Vascular
CRM 3346 / RQE 1190

~~Y. Boia~~

20/10/19 - 20:30.

Le do FURAX SEC JUAN

E PANTEN XCRAX 10/10

Assint. PLVAY

*SAÍDA: (1) Decisão médica (2) T...

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID _____ Proc.

Data: ___ / ___ / 19. Hr: _____

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. Data: 20/11/2019. Hr: 19:00. Impresso em 20 de Novembro de 2019.

Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AME MOSSORÓ 35/11/15



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:30:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821303671600000057906496>

Número do documento: 20091821303671600000057906496

Num. 60347064 - Pág. 15

22/08/19 J. L. S. S.

Don de Mto, Tmex no Jm 31h.
Don + Lm Treino Tula.
Don A. P. B. S.

R: Tmex de Ch. L. S. S.
Ch. T. L. S.
A. P. B. S.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MODO 25.11.2019
B. L. S.

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-5592 - TEOT 10481

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MODO 25.11.2019
B. L. S.

20091821303671600000057906496



~~o processo~~ GLX-AR

Dono do carro, Tenente do Exército
Dono + instrutor Fuzil.
Dono A Porteira

2: Fuzil de Chumbo e de
de TIR
A Artilharia

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAGALHAES
ESTA CONFORME O ORDEMADO
JANEIRO 25.11.2019
DEPARTAMENTO BLAB

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TEOT (1948)

PROCT. 2019 - 10/10/2019 - 10/10/2019
INTERVENÇÃO CIRÚRGICA
10/10/2019 - 10/10/2019
10/10/2019 - 10/10/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014852065884

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA: 02/09/2019

EXERCÍCIO: 2019

EDIEL LAIMUNDO PINTO

PLACA: 222-467-744-20

REGISTRO: 0005883 / RN

9-036-11000419517

ESPÉCIE: IMC

COMBUSTÍVEL: GASOLINE

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/VEICULO APPLICAVE

MARCA: MODELO

LEONARDO 125 PAN NS

CAP/POT: 125

CATEGORIA: PARTICULAR

VERMELHA

1. P

2. V

3. A

1. PAGO

2. PAGO

3. PAGO

PREMIO ANUAL (R\$) - 100 (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$) - 300 (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

13/06/2019

DATA DE PAGAMENTO

02/09/2019

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DEVA - TRÊS ANOS - OU POR SUA CARGA - A PESSOAIS TRANSF. OBRIG. QUANTO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014852065884 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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 025 1204

EXERCÍCIO: 2019

DATA DE EMISSÃO: 02/09/2019

PLACA: 222-467-744-20

REGISTRO: 0005883 / RN

9-036-11000419517

ESPÉCIE: IMC

COMBUSTÍVEL: GASOLINE

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/VEICULO APPLICAVE

MARCA: MODELO

LEONARDO 125 PAN NS

CAP/POT: 125

CATEGORIA: PARTICULAR

VERMELHA

1. P

2. V

3. A

1. PAGO

2. PAGO

3. PAGO

PREMIO ANUAL (R\$) - 100 (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$) - 300 (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

13/06/2019

DATA DE PAGAMENTO

02/09/2019

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

ALIAN. FIA. EM FAVOR DE: 03.654.220/0001-65

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200212845 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIEL RAIMUNDO PINTO **Data do acidente:** 20/11/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA (LESÃO NEUROPLAXICA DO PLEXO BRAQUIAL HOMÓLOGO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO 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 DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 1 - LAUDO MÉDICO

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2863 | Ouvidoria: 0800 021 8135

Número do pedido DPVAT: 3200 085 146
Nome do beneficiário: Ediel Raimundo Pinto
Nome do solicitante: Ediel Raimundo Pinto
Data da solicitação: 15/06/2020
CPF do beneficiário: 422 464.744-20
CPF do solicitante: 422 464.744-20

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 99824-0066 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: Wão Petzau

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(s) documento(s) estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros: (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Meu pedido veio Negado não concordo com a negação pois tive fratura fiz um novo laudo.

MONTA R.N. 15/06/2020

Lócal e Data

X *Ediel Raimundo Pinto*
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EDIEL RAIMUNDO PINTO, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: PREVEIRO, Data do Acidente 20/11/19
Cobertura INVALIDEZ, portador(a) do RG 001.134-831, órgão expedidor
ITPP e do CPF: 722.467.744-20 residente no(a)
RUA: JOAQUIM BATISTA SANTOS nº 60
bairro: AEROPORTO I, município: Monoré / RN

OUTORGADO:

Nome: MICHEL PEREIRA DE SOUZA AZEVEDO, brasileiro(a)
estado civil: CASADA, Profissão: ATENDENTE, portador(a) do RG
002324.410, órgão expedidor ITPP e do CPF: 072.313.494-12, residente
no(a) RUA: JOAQUIM BATISTA SANTOS nº 60
bairro: AEROPORTO I, município: Monoré / 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.

Monoré - RN 05/12/19
Local e Data

Valdir Roberto Pató
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Cartório Vieira
R. Vicente Sabóia, 107 - Centro, Monoré - RN, 59600-120 FONE: (84)3217-401
E-mail: Valdir.Vieira@alameda.com.br

Registro de Firma 2019-014026



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EDIEL RAIMUNDO PINTO, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: PREVEIRO, Data do Acidente 20/11/19
Cobertura INVALIDEZ, portador(a) do RG 001.134-831, órgão expedidor
ITFP e do CPF: 722.467.744-20 residente no(a)
RUA: JOAQUIM BATISTA SANTOS nº 60
bairro: AEROPORTO I, município: Monoré / RN

OUTORGADO:

Nome: MICHEL PEREIRA DE SOUZA AZEVEDO, brasileiro(a)
estado civil: CASADA, Profissão: ATENDENTE, portador(a) do RG
002324.410, órgão expedidor ITFP e do CPF: 072.313.494-12, residente
no(a) RUA: JOAQUIM BATISTA SANTOS nº 60
bairro: AEROPORTO I, município: Monoré / 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.

Monoré - RN 05/12/19
Local e Data

Valdir Roberto Pató
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Cartório Vieira
R. Vicente Sabóia, 107 - Centro, Mossoró - RN, 59600-120 FONE: (84)3217-401
E-mail: Vidima@Vieira de Almeida

Registro de Firma 2019-014026



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165178/20

Vítima: EDIEL RAIMUNDO PINTO

CPF: 722.467.744-20

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 20/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIEL RAIMUNDO PINTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MIKAELY PEREIRA DE SOUZA AZEVEDO : 072.313.494-47

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

EDIEL RAIMUNDO PINTO : 722.467.744-20

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: 15/06/2020
Nome: MIKAELY PEREIRA DE SOUZA AZEVEDO
CPF: 072.313.494-47

MIKAELY PEREIRA DE SOUZA AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

