



Número: **0812885-91.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/08/2020**

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	
GILSANDRA SABINO DE LINO (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60125 166	16/09/2020 17:49	2751767_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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206349

Vítima: GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS

Data do Acidente: 05/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA LUZIA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSANDRA SABINO DE LINO 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 15847470

Pag. 00451/00452 - 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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200206349

Vítima: GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS

Data do Acidente: 05/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA LUZIA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSANDRA SABINO DE LINO 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\$ 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: **GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS**

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

Banco: **104**

Agência: **000003064**

Conta: **0000025205-0**

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

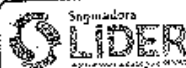
Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 16/09/2020 17:49:38

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617493804900000057696349>

Número do documento: 20091617493804900000057696349



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 082.263.824-92 4 - Nome completo da vítima: Gilzandra Sabino de Lima Freitas

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo: Gilzandra Sabino de Lima Freitas 6 - CPF: 082.263.824-92

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Jerônimo Rozado de Souza 9 - Número: 350 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Santo Antônio 12 - Cidade: Mossoró 13 - CEP: 59.621-644

14 - E-mail: Não Possui 15 - Telefone: (84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.001,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para quem não possui conta corrente) ☐ CONTA CORRENTE (Somente para quem possui conta corrente)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 25205 0 AGÊNCIA: CONTA:

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 de Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.024/74), por ser 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.

Declaro o prosseguimento da apuração do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do Laudo do IML, suscitando, assim, a análise médica pericial. Com a apresentação da documentação médica, a Seguradora Líder fará a verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa anulação da futura avaliação médica ou conclusão do processo de constatar e avaliação médica, e se de acordo com o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou C/C) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Caso do cônjuge da vítima: 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

29 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 30 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

31 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 32 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

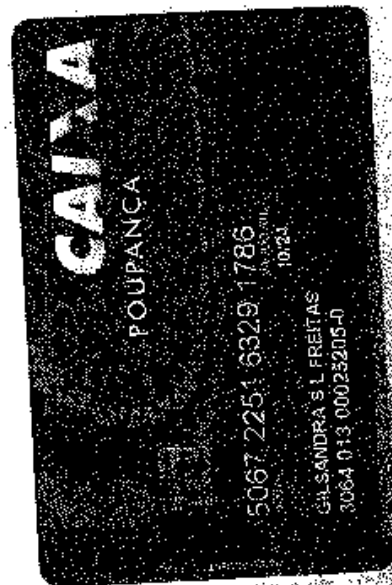
33 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 34 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

35 - Nome legível de quem assina o pedido (o representante legal): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (o representante legal): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (o representante legal):

38 - Nº e Nome: 39 - Nº e Nome: 40 - Nº e Nome:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Local e Data: Mossoró, 02/03/20 44 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): 45 - Assinatura do Representante Legal (se houver):





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018686/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/02/2020 14:37 Data/Hora Fim: 19/02/2020 14:53
Delegado de Polícia: Luís Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 05/02/2020 13:23 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Nova Betânia
Logradouro: Avenida João da Escóssia

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 19/11/1980 Idade: 39 anos
Naturalidade: RN - Mossoró Profissão: Do Lar
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Dalva Sabino Nome do Pai: Josimar Lino

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002.023.696

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Rua Jerônimo Rosado de Sousa Nº: 350
Bairro: Santo Antônio
Telefone: (84) 98803-3515 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário 055.365.654-60
Renavam 00220080720
Número do Chassi 9C2JC4110AR638497
Cor PRETA
Município Veículo Mossoró
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 06/02/2020

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa MZK8384
Número do Motor JC41E1A638497
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
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

Envolvimentos

Delegado de Polícia Civil: Luís Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Joana Angélica Silva do Couto
Data da Impressão: 19/02/2020 14:53
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 16/09/2020 17:49:38

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617493804900000057696349

Número do documento: 20091617493804900000057696349

Num. 60125166 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ -
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018686/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Gilsandra Sabino de Lino Freitas	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima/comunicante que, trafegava utilizando a motocicleta acima descrita, quando foi surpreendida por um veículo, cor branca, não identificado, que lhe atropelou, em seguida o condutor empreendeu fuga, sem prestar socorro. Informa que foi socorrida por uma ambulância do SAMU, posteriormente levada ao Hospital Tarcísio Maia. Declara que registra o fato para fins de requerimento do seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

Joana Angélica Silva do Couto
Agente de Polícia
Matrícula 207.349-0
Responsável pelo Aflandimento

Gilsandra Sabino de Lino Freitas
(Vítima / Comunicante)

Declara para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origin, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Joana Angélica Silva do Couto
Data de Impressão: 19/02/2020 14:53
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

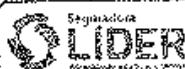


Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 16/09/2020 17:49:38

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617493804900000057696349>

Número do documento: 20091617493804900000057696349

Num. 60125166 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sistema ou ASL: 082 263 824- 92 3 - CPF do titular: 082 263 824- 92 4 - Nome completo da vítima: Gilbandra Sabino de Lima Freitas

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 448/2002

5 - Nome completo: Gilbandra Sabino de Lima Freitas 6 - CPF: 082 263 824- 92
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Jerônimo Rozado de Souza 350 Casa 11 - Bairro: Santa Antônio 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 54 623- 644 15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): (84) 99827- 0066

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA DO POUPEIRO (Servente para os bancos abertos. Admitir uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Pessoa física)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (081) ☒ Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 25205 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar as contas bancárias informadas de minha titularidade, a valor da indenização/perícia do Seguro DPVAT, a qual eu li e entendi, reconhecendo o valor, desde que eu souber após a efetivação da indenização, a quantia total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de exercer a função de trabalho de natureza intelectual ou manual, por invalidez permanente, conforme laudo médico, desde que eu souber após a efetivação da indenização, a quantia total do valor recebido.

• 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 a prossecução da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme laudo médico, desde que eu souber após a efetivação da indenização, a quantia total do valor recebido.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica no âmbito do acidente ou da doença, caso discordo da avaliação médica.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grávida Paralela com a vítima: 26 - Vítima deixou comprovante(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou comprovante(s), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou comprovante(s): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tem irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou comprovante(s): ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte de meus beneficiários, desde que eu souber após a efetivação da indenização, a quantia total do valor recebido.

34 - Assinatura legal da quem assina o pedido (a cargo): 35 - CPF legal da quem assina o pedido (a cargo): 36 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): 38 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Morrão RJ 02/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Gilbandra S de Lima Freitas

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

EPS-001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 16/09/2020 17:49:38

https://pje1g.trf.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617493804900000057696349

Número do documento: 20091617493804900000057696349

Num. 60125166 - Pág. 7



**SAMU
MOSSORÓ
192**

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

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 064

Mossoró 13 de Fevereiro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS, 39 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão de moto x carro.

Data da Ocorrência: 05/02/2020

Local da ocorrência: Av.: João da Escóssia, . .

Viatura: **BRAVO** – Unidade de Suporte Básico de Vida- 03

Hora do Chamado: 13h 23min.

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: **Wildson Lino Fernandes, 18 anos, portador de RG: 003.677.572.**

Estamos à disposição para mais informações.

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

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

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 405418-3
CRM 5497

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



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: 19/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000025205-0

Nr. da Autenticação 9E809E9EB0F2D5B5



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1348276179

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA NERMOZ, 150, BALDO
VATÁ, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055193-0



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 20/04/02
Ligação Gratuita:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 110
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 024 0404
Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte
ARSEP 0800 727 0187 -Ligação Gratuita de Telefones Fijos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE!

**GILSANDRA SABINO DE LINO
FREITAS**

DATA DE VENCIMENTO

26/02/2020

**DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL**

17/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

037859850

CONTA CONTRATO

0493456016

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
S1

TOTAL A PAGAR

R\$ 316,70

ENDEREÇO

RUA JERONIMO ROSADO DE SOUZA
350 -SANTO ANTONIO/AREA URBANA
-59621-644 MOSSORÓ RN -

PERÍODO CONSUMO

20/01/2020 a 17/02/2020

CONSUMO

390

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 27,00 valor do imposto R\$ 78,39

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

0493456016

MÊS/ANO

02/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 316,70

VENCIMENTO

26/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838100000035 167000384000 493456016207 014019778937



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 16/09/2020 17:49:38

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617493804900000057696349>

Número do documento: 20091617493804900000057696349

Num. 60125166 - Pág. 10

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1348276179

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA NERMOZ, 150, BALDO
VATAI, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055193-0



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 20/04/02
Ligação Gratuita:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 110
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 024 0404
Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte
ARSEP 0800 727 0187 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE!

**GILSANDRA SABINO DE LINO
FREITAS**

DATA DE VENCIMENTO

26/02/2020

**DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL**

17/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

037859850

CONTA CONTRATO

0493456016

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
S1

TOTAL A PAGAR

R\$ 316,70

ENDEREÇO

RUA JERONIMO ROSADO DE SOUZA
350 -SANTO ANTONIO/AREA URBANA
-59621-644 MOSSORO RN -

PERÍODO CONSUMO

20/01/2020 a 17/02/2020

CONSUMO

390

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 27,00 valor do imposto R\$ 78,39

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

0493456016

MÊS/ANO

02/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 316,70

VENCIMENTO

26/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838100000035 167000384000 493456016207 014019778937



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 16/09/2020 17:49:38

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617493804900000057696349>

Número do documento: 20091617493804900000057696349

Num. 60125166 - Pág. 11



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: 0625-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | 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 na endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/036001/LEI445/DOC/ART/NALASPR711PO-036001-036001>

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 COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AERTEIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM FOM E INSTRUÇÃO DISCIPLINAR, APLICA PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E INVESTIGAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.303/93.

Pelo exposto, eu Maria Luzia de Oliveira
inscrito(a) no CPF/CNPJ 049 428 664, 48 na qualidade de Promotor(a) / Intermediário(a) do Beneficiário
Gilcandra Sabino de L. Freitas inscrito(a) no CPF sob o nº 082 263 824, 92
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilcandra Sabino de L. Freitas
inscrito(a) no CPF sob o nº 082 263 824, 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Acusador Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora LIDER-DPVAT, residência 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 Jerônimo</u>	Número: <u>350</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Santo Antonio</u>	Cidade: <u>Monero</u>	UF: <u>PR</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>	CEP: <u>59621-644</u>	
		Tel (DDD): <u>(84) 99827-0060</u>

Local e Data:

Monero - PR 02/03/2020

Maria Luzia de Oliveira
Assinatura do Declarante

PD016.001.0001/2019

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 2582 /2020

Admissão: 05/02/2020 13:54:04

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 57064 - GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS (39 a 9 d)

Nascimento: 04/02/1981

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 08226182492

Prof:

Mãe: MARIA DALVA SABINO

Pat: JOSIMAR LINO

Logradouro: JERONIMO ROSADO DE SOUZA, 350

CEP: 59621210

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.88263996

Compt:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: SOZINHA

*Empresa:

OPS: SAMU

Classificação:

05/02/2020 13:49:39

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	100 80		99		20	80			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO CARRO-MOTO. ESCORIAÇÕES DIVERSAS NOS MMSS E NOS MMII, POSSÍVEL FRATURA EM MSE

Dt e Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 12/10/2008
F. Fernandes e L. Alves
SAME / ARQUIVO
mmz. 100-363-0

Diagn. initial:

Assign:

[illegible]

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

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/20, Hr: ____:____ Médico: _____

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 13 de Fevereiro de 2020.
Carimbar!

(Assinar e



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 16/09/2020 17:49:38

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617493804900000057696349>

Número do documento: 20091617493804900000057696349

Num. 60125166 - Pág. 14

ORTOPEDIA

Paciente com dor em ombro (E)
e evidencia fratura de escápula completa
sem deslo.

cd: Trauma

Paciente receituário e exames
acompanhando com especialista.

Dr. Lúcia G. Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10.000

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

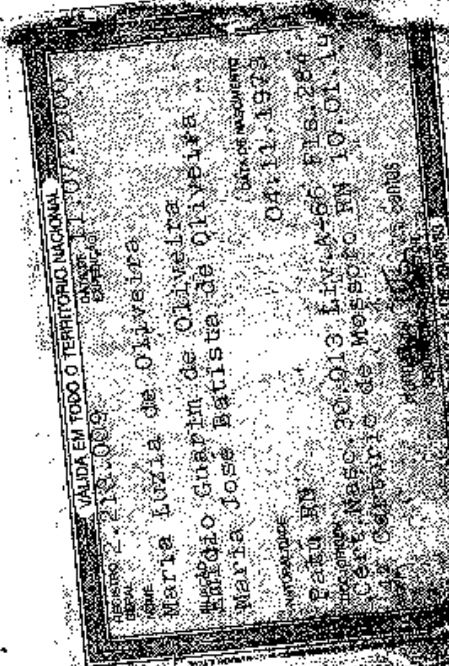
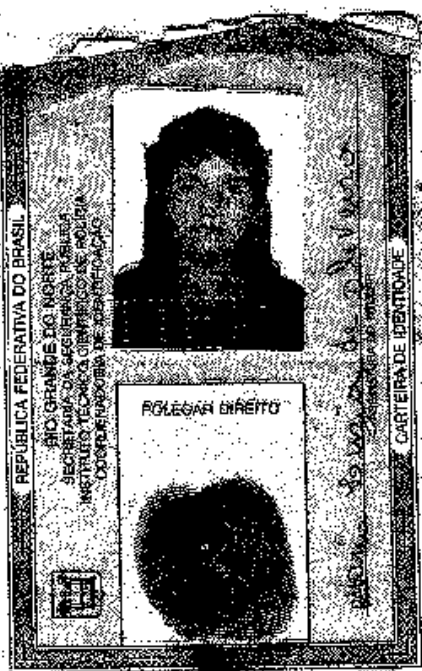
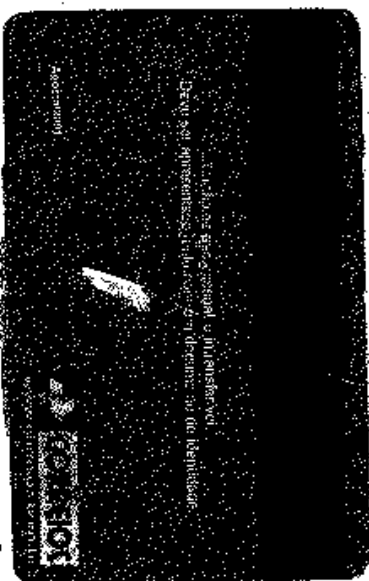
SAME MOSSORÓ 13/09/2020

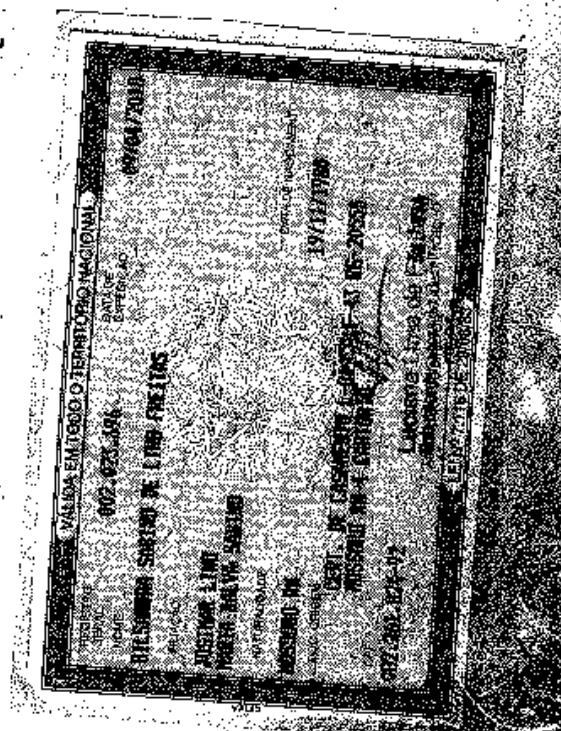
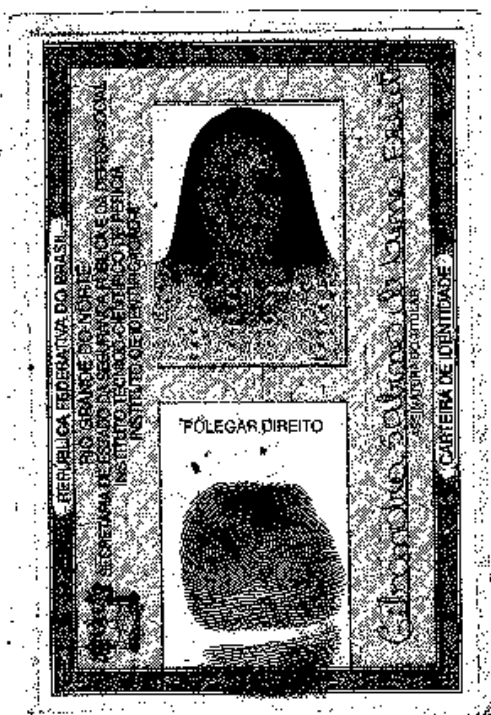
SAME / ARQUIVO

150.3130

COPIA ORIGINAL DO DOCUMENTO
EM ANEXO AO PROCESSO
Nº 20091617493804900000057696349







citina



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
Nº 01 4528561037
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

VEICULO	CHASSIS	PLACA	DATA
1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK	1950 NEWARK

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

FIN Nº 014528561057 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradora lider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1304

FELENG CO - DATA EMISSAO

2019 27/05/2019

CNPJ CNPJ

059.358.694-60

PLACAR

05221050120

ANO FIA

2010

VALOR

3

MODELO

FOMBA/CS 2.5 3.0V 75

AP CHASSI

9C33C113QAR63497

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$)

PREMIO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

IMPORTE TOTAL DO BILHETE

TOTAL UNICA

PARCELADO

DATA DE CANCELAMENTO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.246.658/0001-00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200206349 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS **Data do acidente:** 05/02/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCÁPULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 3

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160505/20

Vítima: GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS

CPF: 082.261.824-92

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2020

Titular do CPF: GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA LUZIA DE OLIVEIRA : 049.428.664-48

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

GILSANDRA SABINO DE LINO FREITAS : 082.261.824-92

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: 08/06/2020
Nome: MARIA LUZIA DE OLIVEIRA
CPF: 049.428.664-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

MARIA LUZIA DE OLIVEIRA

THIARA VIRGINIA DA HORA

