
Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228907

Vítima: ANDREA NOGUEIRA COSTA

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREA NOGUEIRA COSTA

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

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228907

Vítima: ANDREA NOGUEIRA COSTA

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREA NOGUEIRA COSTA

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 quadril 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: ANDREA NOGUEIRA COSTA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 00000560

Conta: 0000074612-3

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200228907 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREA NOGUEIRA COSTA **Data do acidente:** 26/03/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM QUADRIL ESQUERDO + FRATURA INCOMPLETA DO RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 5/6/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL 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 LEVE DE QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Falecimento (x) Tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 032 924 224-50 4 - Nome completo da vítima: Andreia Nogueira Costa

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

5 - Nome completo: Andreia Nogueira Costa 6 - CPF: 032 924 224-50
7 - Profissão: Faxineira 8 - Endereço: Rua Francisco Lopes da Silva 101 Lote 5
9 - Número: 101 10 - Complemento: Lote 5
11 - Bairro: Lagoa de Mato 12 - Cidade: Mafra 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59604-040
15 - E-mail: Udo Petrucci 16 - Telefone: (84) 39824 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 do direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA):

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Somente para bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (204)
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 946423 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle)

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

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 6.194/74), 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 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 necessária, às custas da Seguradora Líder 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 na renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 respectiva responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -

35 - Nome legível de quem assina o pedido (à revelia)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (à revelia)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (à revelia)

38 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mafra RN 10/06/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



4392 6718 0031 4243

VISA

ELECTRON

ANDREA MOSQUEIRA COSTA

0580 013 00076512-3

10/24

Valid until 10/24/2024. For more information, visit Visa.com



Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segur^aça Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001023444

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 03/06/2020 17:37:30

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/03/2020 08:30:00

2.3 Número: SN

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: ALTO DA CONCEIÇÃO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: AV RIO BRANCO

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência: SOCEL

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANDREA NOGUEIRA COSTA

3.3 Etnia: PARDO

3.5 ME: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 03292422450

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: FAXINEIRA

3.15 Telefone(s): 84 987112558

3.17 Número: 101

3.19 Bairro: LAGOA DO MATO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: MANOEL NOGUEIRA DA COSTA

3.6 Data de Nascimento: 23/02/1977

3.8 RG: 001533378 - SSP RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: FRANCISCO LOPES DA SILVA

3.18 CEP: 59804040

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

EU, VINHA DE MOTO COM A PASSAGEIRA RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA, NA AVENIDA RIO BRANCO NO SENTIDO DO CENTRO, QUANDO VEIO UM CARRO DA RUA NIZA FLORESTA QUE FOI FAZER UM CRUZAMENTO E DE REPENTE BATEU DE FRENTE EM MIM. CHEQUEI A CAIR E TIVE VÁRIAS LESÕES A PASSAGEIRA FICOU DESACORDADA, FOI ACIONADO O SAMU E FORMOS ENCAMINHADO PARA UNIDADE HOSPITALAR (HRTM)

DADOS DO VEÍCULO DO ACIDENTE

TIPO: MOTONETA

PLACA: OKB812Z

RENAVAN: 00567811775

MARCA E MODELO: HONDA / BIZ 125 ES

NOME DO PROPRIETÁRIO: ANDREA NOGUEIRA COSTA

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: ANDREA NOGUEIRA COSTA

Data: 03/06/2020 17:54:28

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

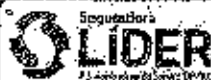
Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 04/06/2020 09:54:22

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 032 924 224-50 4 - Nome completo da vítima: Andreia Nogueira Costa

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

5 - Nome completo: Andreia Nogueira Costa 6 - CPF: 032 924 224-50
7 - Profissão: Eximera 8 - Endereço: Rua Francisco Leites da Silva 101 - Lote 101
9 - Bairro: Lagoa da Mota 10 - Cidade: Mafra 11 - Estado: RN 12 - CEP: 59604-040
13 - País: Brasil 14 - Tel (DDD): (84) 39824 0066
15 - E-mail: Vão Petam

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine a caixa apropriada) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (109)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0560 CONTA: 74612 3

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

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 6.194/74), 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 pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em que submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no artigo 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 Vítimas: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou recém-nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vítimas: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mafra RN 10/06/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREA NOGUEIRA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000074612-3

Nr. da Autenticação B12B088A0C49D988

**COSERN**

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.478, de 25/04/02

Companhia Saneamento Rio Grande do Norte
 Rua Manoel, 130, Saúde Natal - RN, CEP 59012-260
 CNPJ 08.324.196/0001-51 | Fone: (51) 3025.5504 | www.cosern.rn.gov.br

DADOS DO CLIENTE

RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

CPF: 828.762.404-59

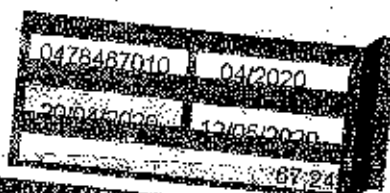
CLASSIFICAÇÃO
 61 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO LOPES DA SILVA 101

LAGOA DO MATO (ÁREA URBANA)
 MOSSORÓ RN
 59004-040

IND100689 UNICA 12/04/2020
 13/04/2020 01/04/2020 13/04/2020



Consumo Ativo (KWh) - T1 USD
 Consumo Ativo (KWh) - TE
 Consumo Ativo (KWh) - P1 USD

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
92.00000000	0,25371773	31,63
92.00000000	0,22025114	36,67
		5,64

TOTAL DA FATURA

87,24

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ANUAL	LEITURA	FECH	CONSTANTE	ANEXO	CONSUMO (KWh)
210008038	CAT	12/04/2020	07/01	13/04/2020	72,00	20	1/0000		1044



COSERN

Trilha Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 30.498, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Hélio de Sá, 150, São João - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.524.196/0001-81 Fone: (51) 3025.1980 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

RAIMUNDA ZILBEA DA COSTA

CPF: 828.762.404-59

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO LOPES DA SILVA 101

LACGA DO MATOZINHA URBANA
MOSSORÓ RN
59604-040

0478467010 UNICA 13/04/2020
13/04/2020 3000218078 480338

0478467010 04/2020
20/04/2020 12/05/2020
67,24

Consumo Ativo (KWh) - TUSD
Consumo Ativo (KWh) - TE
Contrib. Pm. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	SALDO (R\$)
93,0000000	0,33371772	31,03
83,0000000	0,32875114	30,67
		5,84

TOTAL DA FATURA

67,24

ÍNDICE	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	ÍNDICE	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWh)
2-2020	CA7	12/03/2020	07/04	13/04/2020	72120	20	1,0000	85,00



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1500 / 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): 0800-022.12.05 | Central Ouvidoria: 0800-022.91.95

Eu, Reimundo Zumbido Costa

RG nº 623.644 data de expedição 17/07/14

Órgão SSP RN CPF nº 828.762.404-53

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 Lopes da Silva</u>
Número	<u>101</u>
Apto/Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Logradouro Novo</u>
Cidade	<u>Monte Belo</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59604-040</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99821-0066</u>
E-mail	<u>Wdo Kelym</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Monte Belo RN 10/06/20

Reimundo Zumbido Costa

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 números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-3399 / Outras regiões: 0800-022.12.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.81.88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022.12.06 | Central Usadora: 0800-021.91.35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

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

Pelo exposto, eu Raimundo Zumbado Costa
inscrito(a) no CPF/CNPJ 828.462.404-59 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário
Andressa Nequeira Costa inscrito(a) no CPF sob o nº 032.924.224-50
do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Andressa Nequeira Costa
inscrito(a) no CPF sob o nº 032.924.224-50 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declara Profissão: Recubor Renda: Recubor e apresenta os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-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 Francisco Lopes da Silva</u>	Número: <u>103</u>	Complemento: <u>lote</u>
Bairro: <u>Logradouro</u>	Cidade: <u>Mossoró</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>Não Possui</u>		CEP: <u>55604-040</u>
		Tel (DDD): <u>(84) 9.884.0066</u>

Local e Data: Mossoró RN 10/06/20

Raimundo Zumbado Costa
Assinatura do Declarante



SESAF/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6073 /2020

Admissão: 26/03/2020 09:12:36

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 59353 - ANDREA NOGUEIRA COSTA (43 a 1 m 3 d)

Nascimento: 23/02/1977

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF: 03292422450

Prof:

Mãe: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

Pai: MNANOEL NOGUEIRA DA COSTA

Logradouro: FRANCISCO LOPES DA SILVA, 101

CEP: 59604040

Bairro: LAGOA DO MATO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.92100602

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

26/03/2020 09:09:55

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		98		20	70		15	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 42 anos, COLISÃO MOTO-CARRO. DOR EM REGIÃO LOMBAR E MIE. ESCORIAÇÕES LEVE EM MSD. ORIENTADA. A.A.

Dt e Hora: 09:30

Paciente vítima de colisão moto-carro, infere ter sofrido trauma em MIE, região lombar, orientada, sem feridas traumáticas e hematomas, porém tem dor em região lombar e nos membros inferiores e um hematoma na MIE.

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Soluto: de de coluna torácica e lombar.			
Muon do Murociniquis			
- S.F. 0.9% 0.9% 1.000ml.		10:30	
- Tiletal 0.1mg + ABD IV 0.9%		9:45	
- Obstar			
amp. nora 2L + ABD (LV)			
616 H 317			
on 26/03/2020 Neurológico			
- Tiletal 0.1mg / Solut. 0.9% IV 0.9%		14:30	
- Soluto 0.9%		14:30	

*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 26 de Março de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORO 15/06/2020

SAME / ADQUIRIR

sem aumento de massa, referindo lombalgia.
 Ex. Neuro: BCG, H15, ^{nebra} ^{flex.}
 e movimentação MIE (prévica),
 lombalgia e dor com MIE
 proximal
 L0: Abaixo de
 aalhosia.

Stacyann F. dos Santos
 NEUROCIRURGIÃO
 CRM - 5722-RN / RQE 838

PSEG 27/03/20 10:30 Reavaliação

Paciente com queixa de TRM não consegue mais fazer MIE
 queixa de dor e rigidez inguinal exp. Mas não consegue virar
 semilabial abdominal Normal. Sem dor abdominal ou Testes
 Aguardando TC de coluna

L0: Alta de Emergência Geral

Solicitado Rx Bacia e Ante do Otop

Aguardando TC de coluna e reavaliação do MIE

Sendo de dor variável após

mas se permitir com retenção urinária,
 porém SVD.

Dr. Luiz F. C. Nascimento
 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM 4863

27.3.2020

13:30h

Vítima de acidente de trânsito ontem sendo queixa

função de dor em joelho R e instabilidade,
 e Lombalgia. MIE com flexibilidade e

instabilidade passiva.

Impossibilidade de elevação o MIE pelo dor no joelho R

Col. R. bacia sem alterações

Solicitado TC de coluna torácica e cr. e bacia

Dr. Luis F. C. Nascimento
 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM-4863

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 15/06/2020

SAME / ARQUIVO

Prontuário: 212652



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

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANDREA NOGUEIRA COSTA** (Fia: **1519/2020**), CPF: **03292422450**.

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

Mossoró/RN, 28 de Março de 2020.

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA 06 / 04 / 20

Messia
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM

DATA 06 / 04 / 20

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SÂME MOSSORÓ 15 / 06 / 2020

BW
SÂME / ARQUIVO



Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **59353 ANDREA NOGUEIRA COSTA**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 23/02/1977

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

Pai: MNANOEL NOGUEIRA DA COSTA

Endereço: RUA FRANCISCO LOPES DA SILVA, 101 - LAGOA DO MATO - MOSSORO

Fone: 92100602 /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE:

240800 UF: RN

CEP: 59604-040

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 429 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

colisao moto

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

dorsalgia

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ag TC

Diagnostico e Procedimento Inicial:

M54.6 DOR NA COLUNA TORACICA *308040015 TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU (

Profissional Solicitante / Assitente:

ROBERTO BEZERRA VITAL

Dr. Roberto B. Vital
Neurocirurgia
CRM/RN - 9679

CRM: 9679 / RN

Data da Solicitação 28/03/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 15/06/2020
B12W
SAME / ARQUIVO



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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: ANDREA N. COSTA

Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
27/3	# tran?
MLR	Bell, dis, lombal, monoparesia mlt e en: abnorm te + anal ortop.

Starling Freire dos Santos
NEUROCIRURGIÃO
CRM - 5722 RN / RQE 838

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	(1) dieta BRN an após liberação da ortop			
	após liberação da			
	mlr bent			
	(2) SF 0,9% 1000 ml		14	14
	(EV) 12/12H			
	(3) tilatid 40g (EV) 12/12H		14	02
	(4) Dip. Rona 1ml + ABQ			
	(EV) 6/6H fixo		14	02
	(5) omeprazol 40g (EV) 12/12H		14	02
	(6) av Avaliação da			
	ortop			
	(7) repouso no leito.			
	(8) observar BEXIGONA.			
	SVA 6/6H SIN			
	(9) tylenol 50g			
	(EV) 6/6H SIN			
27/3/20	Dieta lim pela ortop			

Starling Freire dos Santos
NEUROCIRURGIÃO
CRM - 5722 RN / RQE 838

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 15/10/2020
131M
SANE ARQUIVO

Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 4860

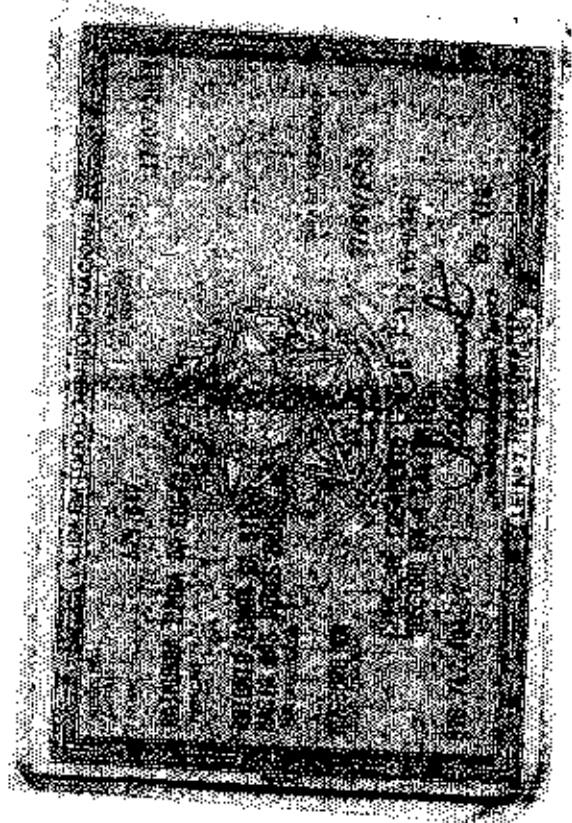


Nome: Andresson V. Costa Leito: _____

[Handwritten signature]

[Signature]

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
GABE MOSSORÓ 15/06/2020
BIAW
SAME / ARQUIVO



VITRUVIUS

[illegible]

REPUBLICA EL SALVADOR EN LA AMERICA CENTRAL
MINISTERIO DE JUSTICIA Y FISCALIA
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACIONES POLICIALES
LABORATORIO DE IDENTIFICACION POLICIA
INSTITUTO DE IDENTIFICACION

POLEGAR DERECHO

POLEGAR IZQUIERDO

Andrés MORALES GARCIA
CALLE DE LA TRINIDAD

CALLE DE LA TRINIDAD

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11500 / 00210 Nº 014242952950
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 00357031715
CATEGORIA: 00357031715
DATA: 2018

ANDREA RODRIGUES CORREA

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

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

RN Nº 014242952950 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTA É O BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA DANOS INDIVIDUAIS, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradora.lider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1304

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

00357031715

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 07.545.888/0001-44

Atestado
Por
Assinatura

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Andrea Nogueira Costa, brasileiro(a),
estado civil: Cônjuge, Profissão: Advogada, Data do Acidente: 26/03/20
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 001.533.348, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 032.924.224-50 residente no(a)
Rua Francisco Lopes da Silva nº 101
bairro: Logradouro do Mato, município: Matozinhos, RN.

OUTORGADO:

Nome: Raimundo Zumbado Costa, brasileiro(a)
estado civil: Cônjuge, Profissão: Apresentado, portador(a) do RG
629.644, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 828462404-59 residente
no(a) Rua Francisco Lopes da Silva nº 101
bairro: Logradouro do Mato, município: Matozinhos, 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.

Matozinhos/RN 10/06/2020

Local e Data



Andrea Nogueira Costa

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua São: Dorval, 52 - Centro - Mossoró-RN - CEP: 59600-170 - Fone: (084) 3333-1111
Tel. Francisco Antônio Pecuário - Tabella

Reconhecimento de Firma 2020-004564

Reconheço por autenticidade a Firma de

ANDREA NOGUEIRA COSTA

Assinado na presença: Uma fs.

Em testemunho da verdade. Mossoró-RN, 10/06/2020 09:42:30

Seio Digital: RN2020009493B00192822WY

Para consultar o seio:

acesse <https://assinadigital3ooficio.com.br>

BROL:RS 2.63 ACRCPH:RS 0.00

PDJRS 0.00333333 0.14 FUNAF:RSB.00

ECIVAN ARAUJO FERNANDES - SUBSTITUTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177082/20

Vítima: ANDREA NOGUEIRA COSTA

CPF: 032.924.224-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: ANDREA NOGUEIRA COSTA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA : 828.762.404-59

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

ANDREA NOGUEIRA COSTA : 032.924.224-50

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: 26/06/2020
Nome: RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA
CPF: 828.762.404-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

RAIMUNDA ZUMBA DA COSTA

GERCIA LOURENCO DA SILVA