
Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162338

Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALZENEIDE MARIA XAVIER

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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162338

Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALZENEIDE MARIA XAVIER

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000137908-6

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: 3200162338 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER **Data do acidente:** 29/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 832 276 204 - 20

4 - Nome completo da vítima: Agencide Maria Xavier

5 - Nome completo:

Agencide Maria Xavier

832 276 204 - 20

7 - Profissão:

Produtora

8 - Endereço:

Rua Seiz de Janeiro

9 - Número:

233

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Santo Antonio

12 - Cidade:

Monoro

13 - Estado:

W

14 - CEP: 39634 - 070

15 - E-mail:

Não possui

16 - Telefone: (34) 99827-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (303)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as contas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0560

CONTA:

337908

6

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o sumário 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 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 30 (trinta) 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 sob a apresentação do laudo ao IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta notificação 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 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 Filhos:

30 - Vítima deixou nome(s) filho(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Irmãos:

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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

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

40 - Local e Data:

Monoro - W 05/03/2020
x Agencide Maria Xavier

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Promotor (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016719/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/02/2020 14:55 Data/Hora Fim: 21/02/2020 14:55
Origem: Data: 14/02/2020
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeito: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 29/01/2020 17:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Bom Jardim
Logradouro: Nilo Peçanha

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(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: ALZENEIDE MARIA XAVIER (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 17/07/1974 Idade: 45 anos
Naturalidade: RN - Patu Profissão: Auxiliar de Produção
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Alvanir Maria da Conceição Xavier

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 812.276.204-20

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Sels de Janeiro
Bairro: Santo Antônio
Telefone: (84) 98604-7535 (Celular)

Nº: 231

Nome Civil: FUNCIONÁRIO DESCONHECIDO DA OI, NÃO SABE O NOME OU OUTROS DADOS (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 45 anos

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 812.276.204-20	Placa OKB8873
Renavam 01006465607	Número do Motor KC16E8E555986
Número do Chassi 9C2KC1680ER555986	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016719/2020-A01

Município Veículo	Mossoró	Marca/Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	19/05/2014	Situação do Veículo	ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Alzeneide Maria Xavier	Proprietário		

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante declarou que transitava em sua moto na via quando se assustou com um fio baixo atravessando a rua e sendo puxado por um funcionário da Empresa Oi; Que, ao ver o fio, baixou a sua cabeça para não bater, mas o fio colidiu contra o o seu tórax, vindo a perder o equilíbrio da sua moto e sofrer queda; Que foi encaminhada pelo seu marido de moto (Sr. Francisco Ronaldo da Silva) ao HRTM; Que o BO é para fins de dpvat; Que não desejou representação criminal; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Polícia

Matrícula 1890205

Responsável pelo Atendimento

Alzeneide Maria Xavier

(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Conivência do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ UAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 832 276 204 - 20

4 - Nome completo da vítima: Maria Xavier

5 - Nome completo:

Miguel Maria Xavier

7 - Profissão:

Produtor

8 - Endereço:

Rua São João de Janeiro

11 - Bairro:

Santo Antônio

12 - Cidade:

Monte

15 - E-mail:

Não possui

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00

☐ R\$2.001,00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Sempre para os filhos abrigados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (1003)

☒ Caixa Econômica Federal (1004)

AGÊNCIA: 0560

CONTA: 137908

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 a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 3.547/74), 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 de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da prescrição quantitativa dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 3.547/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grande Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(s):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se Vítima tiver filhos, informar Falecidos:

30 - Vítima deixou parentes próximos?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se Vítima tiver irmãos, informar Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós/avós?

☐ 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALETERIZADO

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

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:

Monte - 05/03/2020
x Miguel Maria Xavier

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante legal (se houver)

EPS.001 V002/1119

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: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALZENEIDE MARIA XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000137908-6

Nr. da Autenticação 721A37B2914A8AAB

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALZENEIDE MARIA XAVIER

CPF: 012.276.204-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 231 CS-02

SANTO ANTONIO/AREA URBANA
59611-070 MOSSORO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO
27/02/2020TOTAL A PAGAR (R\$)
81,34DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
18/02/2020DATA DA APRESENTAÇÃO
18/02/2020NÚMERO DA NOTA FISCAL
037932783

Série: U

CONTA CONTRATO
007000242068Nº DO CLIENTE
3018058347Nº DA INSTALAÇÃO
0002018176

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9171.7C62.A744.99F8.41CE.98B2.FBEA.C12D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	110,00	0,32817010	36,09
Consumo Ativo(KWh)-TE	110,00	0,32328608	35,56
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,67
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,73
Multa por atraso NF 034890547 - 20/12/19			1,44
Juros por atraso NF 034890547 - 20/12/19			0,60
Atualização IGP-M NF 034890547 - 20/12/19			1,29
Compensação DIC Anual 2019			1,04
TOTAL DA FATURA			81,34

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
72,32	16,00	13,01	72,32	0,78	0,56	72,32	3,82	2,61

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(KWh)-
TUSD 0,32817010
Consumo Ativo(KWh)-TE 0,32328608

HISTÓRICO DO CONSUMO

					KWh
FEV 20					110
JAN 20					150
DEZ 19					107
NOV 19					108
OUT 19					113
SET 19					108
AGO 19					108
JUL 19					90
JUN 19					91
MAY 19					119
ABR 19					100
MAR 19					105
FEV 19					109

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	28,06	36,04
Transmissão	2,88	3,58
Distribuição (Cosern)	10,13	26,01
Encargos Bateria	4,21	5,32
Tributos	16,16	22,37
Perdas de Energia	4,88	6,22
TOTAL	72,32	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000200907196	CAT	21/01/2020	10.716,00	18/02/2020	10.826,00	28	1,00000	0,00	110,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/03/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAIS	METAS TRIMESTRAIS	METAS ANUAIS
dez/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	BARROCAS	0,00	4,95	9,91	19,82
FID-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,50	2,77	6,00	0,00
DICRI-Duração da interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUPSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 28,01					
Toda Consumidora pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FID, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia do povo nordestino; rua pere velho, 1215, centro / supermercado
sao luiz; r nlla pecanha, 517, bom jardim. Lista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007000242068	02/2020	81,34	27/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000002 813400384070 000242068200 014773149732



COSERN

NOVA BETHÂNIA - PATRÃO DA CRIANÇA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memória, 150 - Belfor, Natal - RN, CEP 52025-250
CNPJ 08.524.185/0001-01 | Insc. Est. 20685159-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ASSOCIAÇÃO DOS ELETRICISTAS DO R.N.

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV WILSON ROSÁRIO 3000

CNPJ 01.413.415/0001-50

NOVA BETHÂNIA - ÁREA URBANA
MOSSORÓ - RN
59012-125

CLASSIFICAÇÃO

SE COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Táxi

035529740 INCA 21/03/2020
21/03/2020 3009570787 505973

0498400027 03/2020
27/03/2020 22/04/2020
143,96

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh) - TUSD	198,0038000	0,33308124	65,94
Consumo Ativo (KWh) - TE	198,0038000	0,32897326	65,65
Contribuição Pública Municipal			12,07

TOTAL DA FATURA 143,96

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Preço	Constante	Ajuste	Consumo (KWh)
03/2020	CAF	20-02-2020	21-03-2020	512,875,00	1,00000		198,00
04/2020	CAF	20-03-2020	21-04-2020	530,000,00	1,00000		198,00

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Preço	Constante	Ajuste	Consumo (KWh)
03/2020	CAF	20-02-2020	21-03-2020	512,875,00	1,00000		198,00
04/2020	CAF	20-03-2020	21-04-2020	530,000,00	1,00000		198,00

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Preço	Constante	Ajuste	Consumo (KWh)
03/2020	CAF	20-02-2020	21-03-2020	512,875,00	1,00000		198,00
04/2020	CAF	20-03-2020	21-04-2020	530,000,00	1,00000		198,00

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 32 06 | Central Ovidória: 0800 021 91 35

Eu, Julio Emylee Xavier da Silva
RG nº 003.524.542, data de expedição 31/05/19
Órgão SSP RN, CPF nº _____

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>Av. Wilson Resende</u>
Número	<u>9000</u>
Apto/Complemento	<u>coba</u>
Bairro	<u>Vila Betânia</u>
Cidade	<u>Mossoro</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59612-125</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99824-0066</u>
E-mail	<u>Wes Resende</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Mossoro 24/04/20

Julio Emylee Xavier da Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredosseguros.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: 0800-3599 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-072-91-98 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Clivadora: 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/BIBLIOTECALAWEB/DOCORIGINALASX?TIPO=16&CODIGO=2866>

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 COAP².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVADO E PÚBLICO, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSURTO. ² COMITÊ DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Julia Emilly Xavier da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 812.246.204 / 20 na qualidade de Procurador (x) / Intermediário (x) do Beneficiário
Alzemeide Norio Xavier inscrito (a) no CPF sob o nº 812.246.204 / 20
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alzemeide Norio Xavier
Inscrito (a) no CPF sob o nº 812.246.204 / 20 Conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios.
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando o cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Wilson Roberto</u>	Número: <u>9000</u>	Complemento: <u>loja</u>
Bairro: <u>Não Bitum</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59612-125</u>
Cidade: <u>Mossoró</u>		Tel.(DDD):
E-mail: <u>Não Bitum</u>		

Local e Data: Mossoró RN 27/04/2020

Julia Emilly Xavier da Silva
Assinatura do Declarante



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 2067 /2020

Admissão: 29/01/2020 19:40:58

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AZUL

Paciente: 56734 - ALZENEIDE MARIA XAVIER (45 a 6 m 12 d)

Nascimento: 17/07/1974

Natural: PATU, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 703401274220616

CPF: 81227620420

Prof:

Mãe: ALVANIR MARIA DA CONCEICAO XAVIER

Pai: RAIMUNDO XAVIER

Logradouro: SEIS DE JANEIRO, 231

CEP: 59611070

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.986047535

Comp:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:	
						29/01/2020 19:37:36			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM MÃO ESQ HÁ APROX 3 HORAS.

Hora: _____

POTE VITIMO DE Queda DE MOTO, COM
fracturas na mão @

EF: DOA X PALPACÃO + EDÊMA X LIMPIDEZ DA
PELE DO 2º GDE

Di: FX FRACTURA DA BASE DA FALANGE MEIO
DO 2º GDE

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

- 1) LVVA GESSADA NO MSE
- 2) DORCITA
- 3) DILATAÇÃO DA XADIL
- 4) FURTO DO XADIL
- 5) ATENDIMENTO DO DIA
- 6) B

VIA	HORÁRIO	ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 04/03/2020

SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: (X) Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher)

CID: 5626 Proc.

Data: 29/01/2020 Hr:

Médico:

*Gerado via SK por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA, impresso em 29 de Janeiro de 2020.

Dr. Danilo Proc
Assinatura e Carimbo

[illegible]

√ 1000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11966 11/2013 Nº 014528648209
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - SP. N.º - EXERCÍCIO
1 01006465607 ***** 2019

ALMEIDA MARIA TAVES

812.275.204-20 - PLACA - QXB8873

PLACA ANT/US - NISSI
QXB8873/RN - 902AC1680R555986

ESPÉCIE - PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/NAO AUTOCARRE ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO - HONDA - CIVIC 1.8 2014

CAP. POT. CL. - 189 CILINDRADAS - PARTICULAR - VERMELHA

1	SS 0.00	31/05/2019	1º PAGO
2			2º PAGO
3			3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) - 0.00 - DIF. IRS - 0.00 - PREMIO TOTAL (R\$) - 0.00 - DATA DE PAGAMENTO - 31/05/2019

ALIM. FID. EM FAVOR DE 03.624.220/0001-83
BANCO HONDA S/A
MOTOR: EC1680R555986

HOBBORO/RN - 11/05/2019

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

RN Nº 014528648209 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradocalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - 2019 - DATA EMISSÃO - 31/05/2019

VIA - COD. RENAVAM - SP. N.º - PLACA
1 01006465607 ***** 812.275.204-20 - QXB8873

MARCA/MODELO - HONDA - CIVIC 1.8 2014

CAP. POT. CL. - 189 CILINDRADAS - PARTICULAR - VERMELHA

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO (R\$) - 0.00 - DIF. IRS - 0.00 - PREMIO TOTAL (R\$) - 0.00 - DATA DE PAGAMENTO - 31/05/2019

ALIM. FID. EM FAVOR DE 03.624.220/0001-83
BANCO HONDA S/A
MOTOR: EC1680R555986

HOBBORO/RN - 11/05/2019

SEGURO LIDER DPVAT

014528648209-01

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Alzemeide maria Xavier, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Aut. Produtora Data do Acidente 29/01/2020
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 94726, órgão expedidor
ETPS e do CPF: 81227620420 residente no(a)
Rua 06 do Zomero nº 231
bairro: Santo Antonio, município: moçoão, PR

OUTORGADO:

Nome: Julia Emylee Xavier Da Silva, brasileiro(a)
estado civil: Solteira Profissão: Domestica, portador(a) do RG
003527512 órgão expedidor e do CPF: 12511669463, residente
no(a) avenida Wilson Rosado nº 9000
bairro: Nova Betânia, município: Moçoão, PR

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.



moçoão PR 28/02/2020
Local e Data

Alzemeide maria Xavier
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

5º Serviço Notarial e Registral de Moçoão - RN
RUA Coronel Vicente Sabóia, 83 A - Centro - Moçoão-RN Titular: emilia da
SILVA MAGALHÃES Cont.: (84) 33611840 - voficelmoçoão@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s)
de: ALZEMEIDE MARIA XAVIER
Confira em: <https://selodigital.pr.jus.br>
Selo Digital: RN20200093331007986BN
Moçoão-RN, 28 de fevereiro de 2020 15:14
KESIA VALERIA DA SILVA GALDINO
ESCREVENTE AUTORIZADO
Op: João Paulo Emel: 2,633650N: 0,14 - TOTAL: 2,87

ABR17154

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126443/20

Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

CPF: 812.276.204-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/01/2020

Titular do CPF: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA : 125.116.694-63

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

ALZENEIDE MARIA XAVIER : 812.276.204-20

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: 29/04/2020
Nome: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA
CPF: 125.116.694-63

JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GERCIA LOURENCO DA SILVA