
Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077791

Vítima: BRUNO CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO CAETANO DA SILVA

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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077791

Vítima: BRUNO CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRUNO CAETANO DA SILVA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: BRUNO CAETANO DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 004

Agência: 00000236

Conta: 000000006035-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

709.054.974-73

4 - Nome completo da vítima:

Bruno Caetano da Silva

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

5 - Nome completo:

Bruno Caetano da Silva

6 - CPF:

709.054.974-73

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Site, João de Barros

9 - Número:

336

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Nova descoberta

12 - Cidade:

Paraná Mirim

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

59570-000

15 - E-mail:

(84)99134-3056 (4)99806-1091

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 00136

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00000 6035

(Informar o dígito se existir)

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 necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Falecidos:

☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paraná Mirim 04 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Bruno Caetano da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Ricardo de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CORRENTE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM - CEARÁ-MIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060953/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/11/2019 14:59 Data/Hora Fim: 20/11/2019 15:15
Delegado de Polícia: Karen Cristina Lopes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Ceará Mirim

Data/Hora do Fato: 15/11/2019 09:00

Local do Fato

Município: Ceará-Mirim (RN)
Logradouro: RUA GAL. JOÃO VARELA

Bairro: CENTRO
Nº: SN

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA BEATRIZ CAETANO DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Feminino Nasc: 05/08/1994
Profissão: Frentista
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA ZILMA DA SILVA Nome do Pai: WNILSON CAETANO DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 116.586.484-39
RG - Carteira de Identidade: 3241735

Endereço

Município: Ceará-Mirim - RN Nº: 695
Logradouro: RUA AMAZONAS CEP: 59.570-000
Bairro: PLANALTO
Telefone: (84) 99152-5550 (Celular)

Nome Civil: BRUNO CAETANO DA SILVA (VÍTIMA)

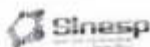
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/01/1997
Profissão: Não Informado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA ZILMA DA SILVA Nome do Pai: Wnilson
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 709.054.974-73
RG - Carteira de Identidade: null

Endereço

Município: Ceará-Mirim - RN Nº: 409
Logradouro: RUA QUATRO



Delegado de Polícia Civil: Karen Cristina Lopes
Impresso por: Caio Graco Varela do Nascimento
Data de Impressão: 20/11/2019 15:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM - CEARÁ-MIRIM - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 060953/2019

Bairro: CONJ. JOÃO DE BARRO
Telefone: (84) 99116-4295 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Ceará-Mirim - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 116.586.484-39

Renavam 01150214098

Número do Chassi 9C2JB0100JR021929

Cor VERMELHA

Município Veículo Ceará-Mirim

Modelo HONDA/POP 110I

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 20/04/2018

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa QGP8342

Número do Motor JB01E0J021980

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo HONDA/POP 110I

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

ANA BEATRIZ CAETANO DA SILVA

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA D.P. P/ NOS INFORMAR QUE SEGUIA PELA RUA PRINCIPAL PILOTANDO A MOTO QUANDO, DE REPENTE, UM VEÍCULO QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, CRUZOU A RUA E COMO NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR HOVE A COLISÃO. QUE SEU IRMÃO, A VÍTIMA, QUE VINHA DE CARONA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DR. PERCÍLIO ALVES. MAS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MONS. WOLFRED GURGEL. QUE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA NO PÉ DIREITO. NADA MAIS DISSE.

BOLETIM DE Ocorrência PARA FINS DE SEGURO DPVAT

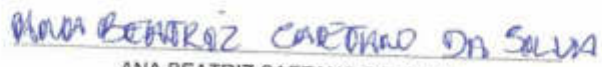
ASSINATURAS



Caio Graco Varella do Nascimento

agente de polícia civil
Matrícula 1652001

Responsável pelo Atendimento



ANA BEATRIZ CAETANO DA SILVA

(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Karen Cristina Lopes
Impresso por: Caio Graco Varella do Nascimento
Data de Impressão: 20/11/2019 15:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200077791 **Cidade:** Ceará-Mirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 15/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P.5,7)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO(PÁGINA 01) DO MÉDICO(ILEGÍVEL) COM DATA DE 29/11/2019.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
709.054.974-73

4 - Nome completo da vítima:

BRUNO CAETANO DA SILVA

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

5 - Nome completo:

BRUNO CAETANO DA SILVA

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Site, João de Barros

6 - CPF:

709.054.974-73

11 - Bairro:

Nova descoberta

12 - Cidade:

Casa Mirim

9 - Número:

336

10 - Complemento:

Casa

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59570-000

16 - Tel.(DDD):

(84) 99134-3056 / (41) 99806-1091

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itai (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00236

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00000 6035

(Informar o dígito se existir)

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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (seu/s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Panamirim 04 de dezembro de 2019.

BRUNO CAETANO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO CAETANO DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00236

CONTA: 000000006035-0

Nr. da Autenticação A57E697DDA01155C



ada pela Lei 10.438, de 26/04/02

ATUJA • NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ nº 12.419.0001-01 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cer-nor.com.br

DADOS DO CLIENTE
IRENE PAULINO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SETE 136 JOAO DE BARROS

CPF 837 837 394-(A)

NOVA DESC. CERTA/AREA URBANA
CEARA MIRIM RN
59570-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTRATO Nº	0691364011	FECHA	08/2019
Nº DE DOCUMENTO	03/09/2019	Nº DE DOCUMENTO	26/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	70,89		

27/08/2019	UNCA	27/08/2019
27/08/2019	2000552047	182700

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Reviz(ViVi)	99,0000000	0,84944758	87,80
Adesivo Bandeira AMARELA			0,75
Adesivo Bandeira VERMELHA			3,85
Contrib. Alum. Publica Municipal			7,22
Multa por atraso NF (026260050 - 26/08/19			1,05
Juros por atraso NF (026260050 - 26/08/19			0,52
Atualização IOPM NF (026260050 - 26/08/19			0,20

TOTAL DA FATURA

70.85

RESUMATIVO DE CONSUMO DA ROTA VISC. II									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (m³/m)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
214023436	LAT	26-07-2018	4 224,00	27-08-2018	4 311,20	32	1,00000		88,00

RESUMO DE CONSUMO
Mês/ano 1987

Mês/ano	Consumo (kWh)
JAN 19	25
FEV 19	25
MAR 19	25
ABR 19	25
MAI 19	25
JUN 19	25
JUL 19	25
AGO 19	25
SET 19	25
OUT 19	25
NOV 19	25
DEZ 19	25

INFORMAÇÕES DE FATURAMENTO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	81,30	18,00
PIS	97,30	0,74
COFINS	81,30	3,62
		2,31

INFORMAÇÕES DE CONSUMO

	R\$	24,27	35,21%
Geração do Gerente	R\$	2,26	2,70%
Transmissão	R\$	14,43	23,30%
Distribuição (Coerent)	R\$	3,88	8,26%
Perdas de Energia	R\$	0,38	0,61%
Encargos Setoriais	R\$	53,70	82,13%
Total	R\$	81,30	100%

TRANSPORTE ELÉTRICO
Cálculo: 4000 kWh

RESUMO DO FISCAL
033C 81EA 0808 98EF 0088 BF01 18AC ABE3

033C 91EA 880W 58EF 0D98 BF01 1BAC ABE3

[illegible][illegible]

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS INTERMEDIÁRIAS				NÍVEL DE TENSÃO	
CONJUNTO CEARÁ-MERB	VALOR APURADO MAR/2019	LIMITE MATERIAL	LIMITE TENSORIAL	LIMITE ACÚSTICO	TENSÃO

NOTA FISCAL | PRINCIPAL | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MARCOS LEO SAID
PARAI, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 55011-250
CNPJ Nº 32.419.470-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 2068199-0

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
Ligação Gratuita:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao Deficiente Surdo ou da Fala: 0800 381 0142

-Ouvidoria: 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços de Energia Elétrica - ANEEL
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, 187
-Ligação Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, 187
-Ligação Gratuita de Telefonia para Deficientes

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA JULIA DE LIMA

DATA DE VENCIMENTO

10/09/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

03/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

0294535-0

CONTA CONTRATO
7001931380

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL

Monofásico

R1

ENDEREÇO

RUA BRASÍLIO CAMILO 122 - FLORESTA
ANEQUILAREIA URBANA - 55116-400
COLATINHA RN -

CONSUMO

71

PERÍODO CONSUMO

02/09/2019 a 03/09/2019

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 9,09 Alíquota 15,00 valor do imposto R\$ 1,36

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIAGEM E VENCIMENTO

Descrição de:

CONTA CONTRATO

7001931380

MÊS/ANO

09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 57,42

VENCIMENTO

10/09/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

S33300000004 574200384076 001931380209 U:4695718135



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 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 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 no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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 SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos Mendes Bernardino de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Bruno castano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.054.974 / 73
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz/Damoz da Vítima Bruno castano da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.054.974 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Brasilício Camilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anaquim</u>	Cidade: <u>Gaiozinha</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59173-000</u> Tel.(DDD): <u>(84) 99806-1091</u> <u>(84) 99134-3008</u>	

Local e Data: Baranizim 04 de Dezembro de 2019.

Marcos Mendes Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante



CLÍNICA

OTAVA ROSADO

#hands 4 better#

Paulo Roberto de Góes - 2200

15/11/2019

10/11/2019
#Beneat isher oendat nobadidno
per unidde in Trans-figures de

pe dula.

Permette sapere con certezza e
soddisfazione di aver ricevuto

#293

594.

 $\text{Dr}(\mathfrak{a}) :=$

Dr. Tieg / Associate in Charge
Otorhinolaryngology
CR55000624

Data

02/11/19

MOSORÓ:

Rosa Juvenal Lamarline, 119

Centro

FONES (P4) 3315.6900 / 3315.6901

SERRA DO MEL

Book Reviews: *Journal of American Studies*, 41 (2007), 113

Vita Breve

Phone: (844) 433-7235 • 1582

ASSU:

Dr. Sander Işık Çimen, 1304

Conclusions

Fax: (941) 938-0438

PARANAMIRIM

Av. Bella Parnassina, 239

With More

Phone: (84) 9.9624-2021.

NATAL:

AK, Providence Medical, 429

Capo - Zona Norte
Fono: (744) 9 9839-021

Journal of Management Education



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 59506 /2019

BOLETIM COM REGISTRO DE Admissão: 15/11/2019 11:40:29

EM. 15/11/19

CIRURGIA GERAL - AMARELO

7.2

Paciente: 151886 - BRUNO CAETANO DA SILVA (22 a 9 m 29 d)

Nascimento: 17/01/1997 Natural: CEARA-MIRIM, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 70905497473

Prof:

Mãe: MARIA ZILMA DA SILVA

Pai: WNILSON CAETANO DA SILVA

Logradouro: JOAO DE BARROS, 409

CEP: 59570000

Bairro: NOVA DESCOBERTA

Cidade: CEARA-MIRIM

Telefone: 84 992208026

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 15/11/2019 11:35:37

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO CAVALO NO PE DIREITO

Horas: 15
Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão moto x moto) no asfalto, sem ferimentos visíveis, porém de contusão no antebraço direito; vítima foi levada ao hospital.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por LUCIENE MARIA DO NASCIMENTO. Impresso em 15 de Novembro de 2019.

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

15/11/19

2

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rodrigo Viana
Cirurgia Torácica
Broncoscopia
CRM/RN 5238

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/ /

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura de S. (M.D.)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 20/11/19
MAT. N.º 182083
OUTROS SAME
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
ASSINATURA

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) Anest. Medus
2) Gelo Bet. Comed. S/Sob
3) Placa do ponto de unts
intepadu e inc. ao ambulatório da
Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

DA:

DATA: 15/11/19 HORA: 16h

isção Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para: Ambulatório

ITO:

DATA: / / HORA:

egue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Carimbo do Responsável
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5148

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

A:

DATA: / / HORA:

ção Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

O:

DATA: / / HORA:

egue à família

com Atestado ☐

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Oftalmos se abrem espontaneamente.	3
Oftalmos se abrem no contato verbal. Não responde com o desviar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.	2
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	1
Oftalmos não se abrem.	
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde satisfatoriamente a perguntas sobre seu nome, mês, ano, local, país, a pergunta, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas parcialmente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Não compreende, mas tem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Demora um pouco a responder.)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz o que se pede quando lhe é ordenado.)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz o que se pede quando lhe é ordenado.)	5
Localiza estímulo doloroso.	4
Resposta incoerente e dor.	3
Palmas flexão à dor (Decorticação).	2
Palmas extensão à dor (Decorticação).	1

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	= 4
	9-12	= 3
	6-8	= 2
	4-5	= 1
	3	= 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	= 4
	≥ 25	= 3
	8-10	= 2
	3-5	= 1
	0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≥ 90	= 4
	70-89	= 3
	50-69	= 2
	1-49	= 1
	0	= 0

****Escala de Trauma Revolucionário (TR):** São índice de intensidade para padronizar de trauma histórico. Referência: Adaptado de Champion H.R. Scaen, W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score. J Trauma 29(10) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2009)*

01 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);
09 - 3=moderado;
14-15=leve

* Reference: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale, *Lancet* 1974;2:81-64

— A escola propõe aplicar-se a docentes conscientes e comprometidas com a tarefa de ensinar a 3 anos. Na Escola Quilombo não se pode ficar que simplesmente a vontade do seu corpo docente, mas de docentes comprometidos.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa
0	1	2	3



PREFEITURA DE CEARÁ-MIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR. PERCÍLIO ALVES

NOME: Bruno Cardoso de Almeida

ENDEREÇO: _____
Ceará-Mirim, ____/____/____

Encaminhamento

Paciente Glasgow 15,
hemodinamicamente
estável PA: 120/80,
fc: 85; fr: 18; SPO2: 100%.

vítima de acidente de ^{100 metros}
trânsito (colisão moto-
carro). Ao RX: fratura
em 5º metacarpo do 1º
dígito;
Feito: traqueal e ventose

Gastone Camillo
Médico
CRM 8361/RN

CRM: _____





**SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR
WALFREDO GURGEL**
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BRUNO CAETANO DA SILVA

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N

NATAL / RN - CEP 59.015-380

FONE: (084) 3232-7500

C.G.C. 08.241.754/0102-99

R/

Uso Oral

1 - MAXSULID 400Mg 01Caixa (12)

Tomar um comprimido de 12/12 h por 03 dias.

(APÓS REFEIÇÕES)

----- X -----

→ AGENDAR NO POSTO DE SAÚDE DO
BAIRRO RETORNO AO AMBULATÓRIO DA
ORTOPEDIA

*** Retornar imediatamente em caso de:

- Dor intensa, febre, dedos roxos e/ou pálidos
- Inchaço, formigamento e/ou adormecimento dos dedos
- Outras alterações.

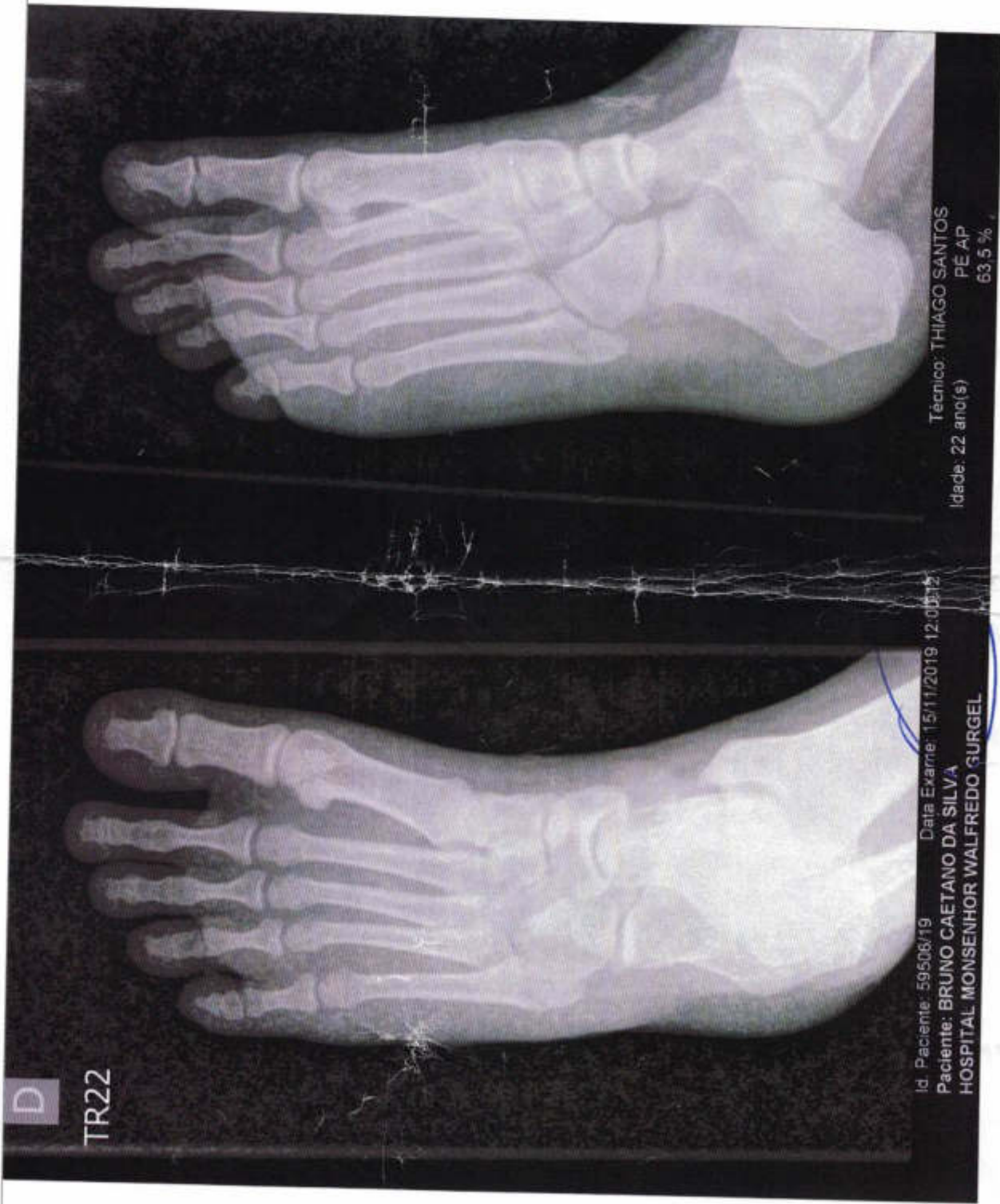
Marcelo M. Teixeira
Ortopedia e Reumatologia
CRM/RN - 5148

MEDICO - CRM

15/11/2019

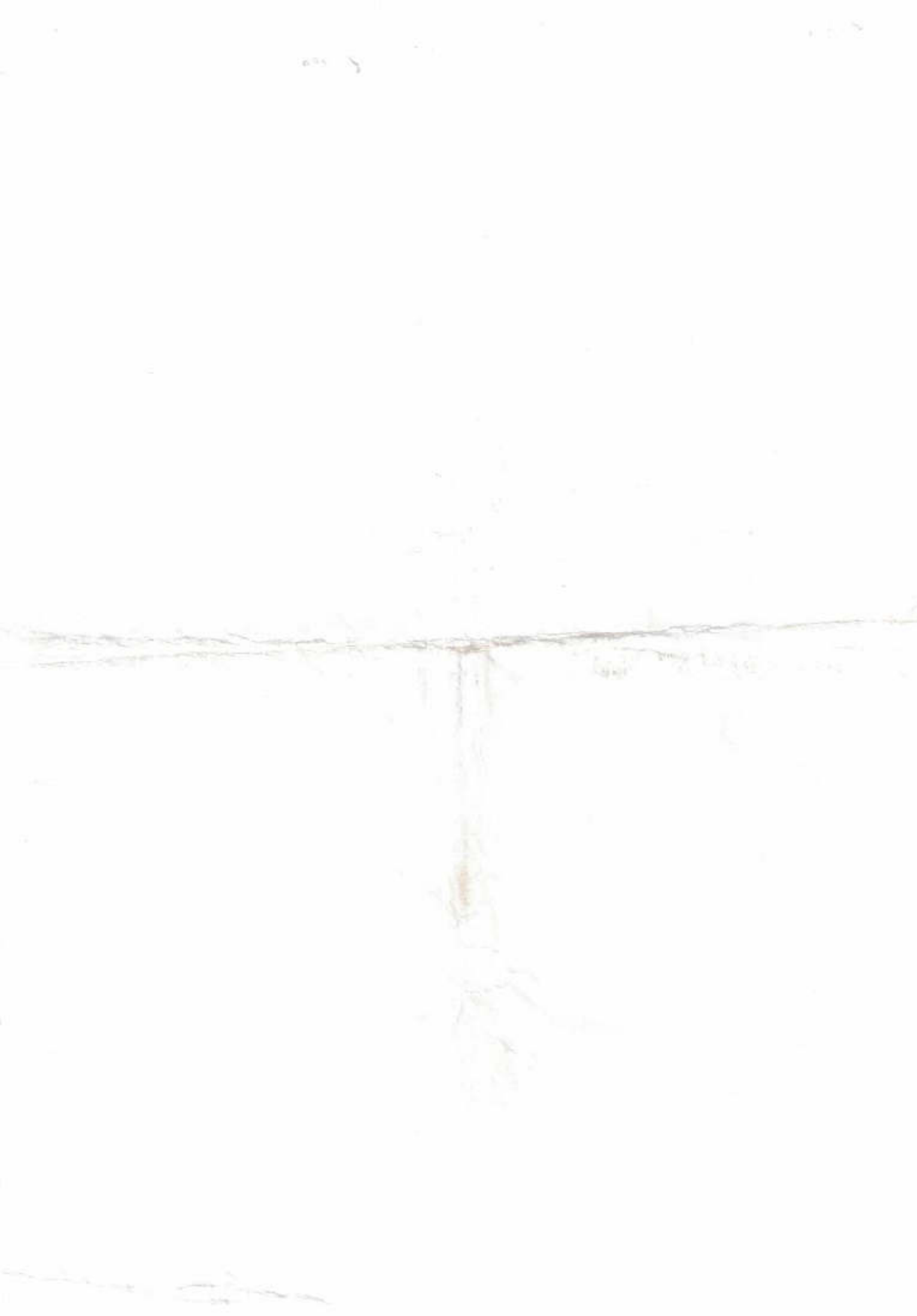
D

TR22



Id. Paciente: 59506/19 Data Exame: 15/11/2019 12:00:12
Paciente: BRUNO CAETANO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: THIAGO SANTOS
PE AP
Idade: 22 ano(s)
63,5 %



Esta é a Carteira de Trabalho (CTPS) instituída pelo
Estado Previdenciário em 1968, posteriormente reformulada
pelo Decreto nº 22.435 de 29.10.1962 e posteriormente reformulada
pelo Decreto nº 5452 de 01.05.1964 que aprovou a CTPS.
Esta é o documento obrigatório para a inscrição de qualquer
empregado no mercado profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados
do Contrato de Trabalho, elementos básicos
para o reconhecimento dos seus direitos perante
a Justiça do Trabalho, bem como para a
obtenção da aposentadoria e demais benefícios
Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilita-
ção ao seguro desemprego e ao fundo de
Garantia do tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anulações contém neste
documento e o seu estado de conservação,
espelham a conduta e qualificação e as atividades
profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e
evitá-la, pois além de conter o registro de sua vida
Profissional e a garantia da preservação e validade
de seus direitos como trabalhador e cidadão,
contribui para assegurar o seu futuro e o de seus
dependentes, tendo validade, também, como
documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

210.11890.68-4

8106562

0040

RN

BRUNO CAETANO DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



BRUNO CAETANO DA SILVA

FILIAÇÃO: WILSON CAETANO DA SILVA

MARIA ZILMA DA SILVA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 17/01/1997

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: NATAL - RN

DOCUMENTO: C.N. 37699 LVA 96 FLS 177 - 01/02/2000 - SEGUNDO

CARTÓRIO JUDICIÁRIO - CEARÁ-MIRIM - RN

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 709.054.974-73

CNH: SEÇÃO:

TIT. ELEITOR: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RN - 14/10/2014

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

ATENÇÃO:

DATA DE NASC. DE: PARA: DOCUMENTO:

NOME:

DOCUMENTO:

NOME:

DOCUMENTO:

NOME:

DOCUMENTO:

LEGENDA

A - CAPACIDADE C - DÍGITO T - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
R - SELECIONAR ID - ALTERAR ID - ALTERAR VENCIMENTO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

709.054.974-73

Nome

BRUNO CAETANO DA SILVA

Nascimento

17/01/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1760741813



PEDRO BERNARDINO DE SOUZA

1896254 SUP RN

061.069.154-RN DATA NASCIMENTO 29/12/1982

PEDRO BERNARDINO DE
SOUZA
MARIA JOSE DE LIMA

03348753108

29/04/2024 06/08/2024



Pedro Bernardino de Souza

NATAL, RN

29/04/2019

PRIMEIRO PLANTILHA
1760741813

RIO GRANDE DO NORTE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Bruno Caetano da Silva

NACIONALIDADE: brasileiro

ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSÃO: Comerciante

IDENTIDADE: 37.939

CPF: 709.054.974-73

ENDEREÇO: Rua Sete, 136 João de Barros Nova Descoberta Ceará-Mirim-RN

OUTORGADO

NOME: Marcondes Bernardino de Souza

NACIONALIDADE: brasileiro

ESTADO CIVIL: casado

PROFISSÃO: Moto Boy

IDENTIDADE: 1.896.734

CPF: 061.089.354-80

ENDEREÇO: Rua Brasilisio Camilo, 122 Goianinha-RN

DATA DO ACIDENTE: 15/11/2019

COBERTURA: Invalidez/Danos

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

CEARÁ-MIRIM 04 DE DEZEMBRO 2019
LOCAL E DATA



BRUNO CAETANO DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

3º Ofício de Notas
Teresa Maria de Souza de Barros Brandão
Rua Jorge Fernandes Câmara, 175-B - Santa Augusta
Cep: 69570-000 - Ceará-Mirim-RN - Fone: (54) 3274-2308

Reconheço AUTÊNTICA a firma de **BRUNO CAETANO DA SILVA**.
Dou fé.
Confira a autenticidade em: <https://selcdigital.tjn.jus.br>
Selo Digital: RN201900939/10006478NGT
Ceará-Mirim - RN, 04 de Dezembro de 2019, às 14:05
Em testemunho da verdade
MARIA LÚCIA BARBOSA
Usuario: elaine

AB592430

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062949/20

Vítima: BRUNO CAETANO DA SILVA

CPF: 709.054.974-73

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 15/11/2019

Titular do CPF: BRUNO CAETANO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

BRUNO CAETANO DA SILVA : 709.054.974-73

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: 14/02/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA