

---

**Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200232965**

**Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

**Data do Acidente: 25/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

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, 24 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200232965**

**Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

**Data do Acidente: 25/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232965

Vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005876-9

Conta: 0000016143-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 0882.905/4-19 4 - Nome completo da vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

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

5 - Nome completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 6 - CPF: 0882.905/4-19  
7 - Profissão: RECUSOU AVENIDA SEVERINA CORREIA 9 - Número: 47 10 - Complemento: POVOADO  
11 - Bairro: DOUGADO EUAGIRU 12 - Cidade: SÃO BENTO DO NORTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59590-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 98782-0211

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 ☐ R\$1.000,00 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:  
AGÊNCIA: 0760 CONTA: 50680 4 AGÊNCIA: CONTA:

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 do 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 ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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:

SÃO BENTO DO NORTE/RN 17/07/2020

MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

**CAIXA**

CONTATINHOBENEF. RE. PATENCI

DATA: 12/02/2020

HORA: 13:20:46

NUMERO: 20101010

CONTROLO: 2010101028

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CÓDIGO CREDENCIADO: 0700 019 00850000-4

NOME: MANOEL S DE ABRAHO JUNIOR

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~200,00~~

TELEFONE DO DEPOSITANTE: 08 96173-1179

NÚMERO DO ENVELOPE: 0691050479

Este comprovante de depósito de data única  
representa o valor da conta de depósito após  
a assinatura do envelope e a verificação dos  
valores contidos



# 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: 058290514-19 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

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

5 - Nome completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 6 - CPF: 058290514-19  
7 - Profissão: RECUSOU AVENIDA SEVERINO CORREIA 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: POVOADO  
11 - Bairro: POVOADO GUAGIRU 12 - Cidade: SAO BENTO DO NORTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59590-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84)98782-0211

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 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0760 CONTA: 50680 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (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) ☐ Divorciado ☐ 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 (val nascer)? ☐ 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 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, SAO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 001.1003/2010

MARECOS BATISTA FABRICIO



# 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: 0582.905/4-19 4 - Nome completo da vítima: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

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

5 - Nome completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR 6 - CPF: 0582.905/4-19  
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: AVENIDA SEVERINO CORREIA 9 - Número: 47 10 - Complemento: POVOADO  
11 - Bairro: POVOADO GUAGIRU 12 - Cidade: SAO BENTO DO NORTE 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59590-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 98782-0211

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 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0760 CONTA: 50680 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (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) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 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, SAO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE  
Endereço: RUA, S/N, CENTRO, SÃO BENTO DO NORTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020144000023  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 03/02/2020 10:37:19  
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/12/2019 00:00:00  
2.3 Fato: Consumado  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Rural  
2.8 Número: S/N  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida  
2.4 Flagrante: Não  
2.7 Logradouro: ESTRADA DO POVOADO DO GUAGIRU  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR  
3.3 Nome Social:  
3.5 Etnia: Parda  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 05829051419  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: PEDREIRO  
3.15 Telefone(s): 84 992094960  
3.17 Número: 47  
3.19 Bairro: POVOADO GUAGIRU  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.4 Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO  
3.6 Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO  
3.8 Orientação Sexual: Ignorado  
3.10 Identidade de Gênero: Ignorado  
3.12 Data de Nascimento: 24/08/1978  
3.14 RG: 2109620 - ITEP/RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: SAO BENTO DO NORTE RN  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: AVENIDA SEVERINO CORREIA  
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi: 9C2HB02108R039540  
7.1.5 Placa: MYR1374  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2008  
7.1.11 Cor do veículo: AMARELA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário:  
7.1.17 Nome do condutor:  
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam: 970327293  
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.8 Modelo: POP 100  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2008  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA ESTEVE NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA INFORMAR QUE NO DIA 25.12.2019, POR VOLTA DAS 3H, ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA MYR-1374, QUANDO COLIDIU COM UM ANIMAL (CAVALO) QUE ESTAVA NA ESTRADA; QUE CAIU; QUE RETORNOU PRA SUA RESIDENCIA; QUE O VIZINHO O SOCORREU PRO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE; QUE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE FOI ENCAMINHADO PRO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO EM NATAL. NADA MAIS INFORMOU.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 03/02/2020 10:37:19

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES

Impresso por: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES em 03/02/2020 10:37:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





Govorno do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE

Endereço: RUA, S/N, CENTRO, SÃO BENTO DO NORTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020144000023

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 03/02/2020 10:37:19

1.4 Ligu CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/12/2019 00:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: ESTRADA DO POVOADO DO GUAGIRU

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 05829051419

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.15 Telefone(s): 84 992094960

3.17 Número: 47

3.19 Bairro: POVOADO GUAGIRU

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO BENTO DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO

3.6 Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.12 Data de Nascimento: 24/08/1978

3.14 RG: 2109620 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: SAO BENTO DO NORTE RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: AVENIDA SEVERINO CORREIA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: 9C2HB02106R039540

7.1.5 Placa: MYR1374

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2008

7.1.11 Cor do veículo: AMARELA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 970327293

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: POP 100

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA ESTEVE NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA INFORMAR QUE NO DIA 25.12.2019, POR VOLTA DAS 3H, ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO, PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA MYR-1374, QUANDO COLIDIU COM UM ANIMAL (CAVALO) QUE ESTAVA NA ESTRADA; QUE CAIU; QUE RETORNOU PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE O VIZINHO O SOCORREU PRO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO BENTO DO NORTE; QUE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE FOI ENCAMINHADO PRO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO EM NATAL. NADA MAIS INFORMOU.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 03/02/2020 10:37:19

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES

Impresso por: 1945661 - SERGIO RICARDO SOUZA SOARES em 03/02/2020 10:37:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro (ex: 431) 18090614-19 4 - Nome completo do segurado MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2013

5 - Nome completo: MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR Data de nascimento: 08/06/1974  
 6 - Profissão: PROFESSOR 7 - Endereço: RUA SÉRGIO CORRÊA 8 - Número: 100  
 9 - Cidade: CAJARI 10 - Estado: SP 11 - Complemento: 13098+82-6417  
 12 - Telefone: 11-3086-1000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

13 - Nome completo do Representante Legal: MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR  
 14 - CPF do Representante Legal: 000.000.000-00 15 - Profissão do Representante Legal: PROFESSOR

Declaro, sob todos os fins de direito, estar no endereço acima informado, sob pena de anulação da cobertura (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.000,00 A R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.000,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 A R\$ 6.000,00

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

☒ CONTA POUQUANÇA (somente para quem não possui conta poupança em outro banco)

☐ CONTA CORRENTE (somente para quem não possui conta corrente em outro banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 0000 CONTA: 00000000000000000000 AGÊNCIA: 0000 CONTA: 00000000000000000000

Autoregistra-se aqui o endereço eletrônico de acesso à internet para o segurado, representante legal ou beneficiário, para fins de acesso ao sistema de atendimento ao cliente.

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

☒ Declaro, sob todos os fins de direito, que não há nenhuma condição de incapacidade permanente decorrente do acidente de trabalho ou de trânsito, conforme definido no artigo 20, inciso I, da Lei nº 13.001/2014, que dispõe sobre a cobertura de invalidez permanente decorrente de acidente de trabalho ou de trânsito.

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da morte, residente no local.
- O IML que atenda a região do acidente ou da morte, residente no local, não possui permissão para fins do seguro DPVAT.
- O IML que atenda a região do acidente ou da morte, residente no local, possui permissão para fins do seguro DPVAT, com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Declaro que esta declaração não é válida para fins de cobertura de invalidez permanente decorrente de acidente de trabalho ou de trânsito, conforme definido no artigo 20, inciso I, da Lei nº 13.001/2014.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Divorciado) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Outro

24 - Se a vítima possui filhos vivos: ☐ Sim ☐ Não

25 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a nome completo: 00000000000000000000

26 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

27 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

28 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

29 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

30 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

31 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

32 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

33 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

34 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

35 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

36 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

37 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

38 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

39 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

40 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

41 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

42 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

43 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

44 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

45 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

46 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

47 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

48 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

49 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

50 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

51 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

52 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

53 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

54 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

55 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

56 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

57 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

58 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

59 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

60 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

61 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

62 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

63 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

64 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

65 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

66 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

67 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

68 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

69 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

70 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

71 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

72 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

73 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

74 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

75 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

76 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

77 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

78 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

79 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

80 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

81 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

82 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

83 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

84 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

85 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

86 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

87 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

88 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

89 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

90 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

91 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

92 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

93 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

94 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

95 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

96 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

97 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

98 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

99 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

100 - Se a vítima possui filhos vivos, informar a data de nascimento: 00/00/00

36 - Nome legível da vítima assinado pelo(a) segurado: MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR  
 37 - CPF legível da vítima assinado pelo(a) segurado: 000.000.000-00  
 38 - Assinatura de quem assina a pedida (segurado): MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

40 - Local e data: CAJARI - SP  
 41 - Assinatura do segurado: MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR  
 43 - Assinatura do Beneficiário (se houver): MARCELO GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05876-9

CONTA: 000000016143-8

Nr. Autenticação

BRDESC005082020050000000000023705876000000016143236250 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**COSERN**

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Memos, 150, Baldo, Natal - RN CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

## DADOS DO CLIENTE

FABIANA PINHEIRO VITORINO

CPF 075.752.944-70

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV SEVERINO CORREIA DA SILVA 47

GUAJIRUAREA RURAL  
SAO BENTO DO NORTE RN  
59550-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

NUM. DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
037931971	UNICA	18/02/2020

APRESENTAÇÃO	NUM. DO CLIENTE	N.º DA INSTALAÇÃO
18/02/2020	3010565139	2108201

NUM. DO CONTRATO	MÊS/ANO
7013591886	02/2020

DATA DE VENCIMENTO: 27/02/2020  
DATA DE RECEBIMENTO: 19/03/2020  
TOTAL PAGAR (R\$): 30,05

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	45.0000000	0.28639775	11.90
Consumo Ativo (kWh)-TE	45.0000000	0.26241831	11.90
Acréscimo Bandeira AMARELA			0.21
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3.44
Multa por atraso-NF 033421918 - 20/11/19			0.50
Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0.52
Juros por atraso-NF 033421918 - 20/11/19			0.46
Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0.39
Atualização IGP-M NF 033421918 - 20/11/19			0.31
Atualização IGP-M NF 034926412 - 20/12/19			0.20
Compensação DIC Anual 2019			0.36

TOTAL DA FATURA

30,05

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

N.º DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LEITURA	ATUAL DATA LEITURA	N.º DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
80947527	CAT	31/01/2020 7.902,00	18/02/2020 8.347,00	18	1.000		45,38

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DO TRIBUTADOR			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MEL/RG N.º		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Uso de Energia	R\$ 10,58 44,36%
PEV 23 45					Transmissão	R\$ 1,58 4,97%
JAN 25 57		ICMS	23,98 0,78	0,78	Distribuição (Cosern)	R\$ 7,41 30,60%
DEZ 19 40		PIS			Perdas de Energia	R\$ 1,30 8,30%
NOV 19 44		COFINS	23,98 3,61	0,96	Encargos Setoriais	R\$ 1,72 7,17%
OUT 19 48					Tributos	R\$ 1,04 8,74%
SET 19 44					Total	R\$ 23,63 100%
AGO 19 45						

TAXAS APLICADAS

0,25490000



IMPRIMIR

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

Tarifa Social de Energia Elétrica

-TELEATE

-Atendimento ao deficiente auditivo

Agência Reguladora de Serviços  
ARSEP 0800 727 0157 -Ligação  
Agência Nacional de Energia  
Ligação Gratuita e  
COSERN

## DADOS DO CLIENTE

MARCOS BATISTA FABRICIO

## ENDEREÇO

RUA DO XAREU 140 -PAJUCARA/AREA  
URBANA -59133-040 NATAL RN -

## DATA DE VENCIMENTO

04/03/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL

26/02/2020

## DATA DA APRESENTAÇÃO

26/02/2020

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

038282729

## TOTAL A PAGAR

R\$ 108,27

## PERÍODO CONSUMO

27/01/2020 a 26/02/2020

## CONSUMO

144

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 16,94

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Estaque aqui

## CONTA CONTRATO

7002965210

## MÊS/ANO

02/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 108,27

## VENCIMENTO

04/03/2020

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e rasurar.  
Este canhoto será  
leitoria ótica.





## NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20355199-0 | www.cosern.com.br

## DADOS DO CLIENTE

FABIANA PINHEIRO VITORINO

CPF: 075.752.344-70

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV SEVERINO CORREIA DA SILVA 47

GUARUJÁ-ÁREA RURAL  
SÃO BENTO DO NORTE RN  
59500-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
037651971	UNICA	18/02/2020
APPROVAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA INSTALAÇÃO
18/02/2020	3010555138	2158201

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
7013591886	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VIGÊNCIA
27/02/2020	19/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	30,05

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	45,0000000	0,28838075	11,98
Consumo Ativo (kWh)-TE	45,0000000	0,26241631	11,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,44
Multa por atraso-NF 033421916 - 20/11/19			0,50
Multa por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,52
Juros por atraso-NF 033421916 - 20/11/19			0,46
Juros por atraso-NF 034926412 - 20/12/19			0,39
Atualização IGPM-NF 033421916 - 20/11/19			0,81
Atualização IGPM-NF 034926412 - 20/12/19			0,20
Compensação DIC Anual 2019			-0,36
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>30,05</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
80347523	CAT	21/01/2020	7.502,00	18/02/2020	7.547,00	28	1,0000		45,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÊS/ANO	VALOR (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição do Consumo	R\$	%
FEV 20	45				Utilização de Energia	11,98	44,38%
JAN 20	57				Transmissão	1,18	4,92%
DEZ 19	40	ICMS	22,98	0,78	Distribuição (Cosern)	7,41	30,89%
NOV 19	44	PIS	23,38	1,62	Perda de Energia	0,30	1,30%
OUT 19	43	COFINS			Encargos Setoriais	1,72	7,17%
SET 19	46				Tributos	1,14	4,78%
AGO 19	45				Total	27,83	100%
		TÍTULOS APLICADOS					
		Consumo Ativo (kWh)-TUSD			0,28838075		
		Consumo Ativo (kWh)-TE			0,26241631		



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / 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 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 BATISTA FABRICIO  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 806785054, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUN inscrito (a) no CPF sob o Nº 058290514, 19  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL GERMANO DE ARAUJO JR  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 058290514, 19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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 DO XADREU</u>	Número: <u>140</u>	Complemento: <u>203R</u>
Bairro: <u>PAJUEIRA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59139-040</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 98782-0211</u>

Local e Data:

NATAL/RN 25/03/2020

MARCOS BATISTA FABRICIO

Assinatura do Declarante





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67269 /2019

Admissão: 25/12/2019 10:09:05

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 157426 - MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR (41 a 4 m 1 d)

Nascimento: 24/08/1978

Natural: SAO BENTO DO NORTE. BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706205562095361

CPF: 05829051419

Prof:

Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO

Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO

Logradouro: GUAJIRU, 1

CEP: 59590000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SAO BENTO DO NORTE

Telefone: 84 92094960

Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REGULADO COM DR PEDRO PAULO

Classificação: 25/12/2019 10:05:50

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO + TRAUMA NO MSD

Hora: 10:05

Paciente vítima de acidente de moto, direção, colisão  
moto/animal. Refere que o impacto foi no MSD.  
neste TCE, trauma torácico e abdominal.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

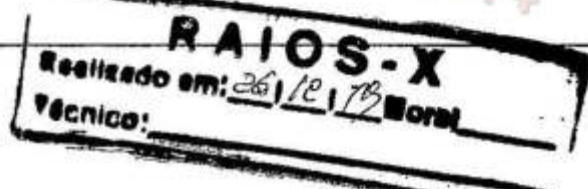
A VAP  
B Gurgel  
C Estável  
D ECO IS  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen e Pelvis livres.

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID





## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

não

M(MEDICAÇÃO EM USO)

não

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

não

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

atual

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX Braço e antebraço O APN

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

G Alta da C6

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dra. Mariana C. Gomes  
R. Cirurgia Geral  
CRM 946

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ORTOPEDIA

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

ÓBITO: DATA

HORA

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



### 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

Filippo Ranieri Alves  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgia del Piede e Tornozolo  
 CRM RJ 8863 TEOT 15251

CONFERE CON OMNIA  
NAT. 23.01.20  
N. 184/175  
CA  
ASSINATURA

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
<b>Abertura Ocular (AO)</b>	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
<b>Melhor resposta verbal (MRV)</b>	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês, e porquê, e data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca de palavras)	3
Sons ininteligíveis. (Gemonos sem qualquer palavra.)	2
Assente.	1
<b>Melhor resposta motora (MRM)</b>	
Obedece à ordem verbal. ( Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Retirada inespecífica do dor.	4
Padrão flexão à dor (Desorientação).	3
Padrão extensão à dor (Desorientação).	2
Sem resposta motora.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	= 4
	9-12	= 3
	6-8	= 2
	4-5	= 1
	3	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	= 4
	>20	= 3
	8-9	= 2
	1-5	= 1
	0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	= 4
	74-89	= 3
	50-59	= 2
	1-49	= 1
	0	= 0

<sup>11</sup> Escala de Trauma Revisada (RTS): Não indica de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Rabeiro, et al; Adapted de Champion H.R. Secco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score. J Trauma 29(3) 624, 1989.

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE**  
(ATLS 2003)\*

03 - 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;2:81-84

— A escola proposta aplica-se a doentes conscientes e que tenham com idade superior a 3 anos. Na Escola Quântica solicita-se ao doente que classifique a intensidade de sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pto Poss
0	1	2	3	4



### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157426 MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR**

Prontuário:

CNS: 706205562095361

Nascimento: 24/08/1978

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO

Pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO

Endereço: SITIO GUAJIRU, 1 - ZONA RURAL - SAO BENTO DO NORTE

Fone: 92094960 /

Município: SAO BENTO DO NORTE

Código Municipal IBGE:

241160 UF: RN

CEP: 59590-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 38002 / 2019

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM FRATURA DIAFISÁRIA DE UMEROS DIREITO APÓS TRAUMA.

SEM DEFICIT MOTOR EM MSD.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RX + CLINICA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

VER ACIMA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS\*408020393. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

FILIPPI RANIERI ALVES

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RN 15751

CRM: 6963 / RN

Data da Solicitação 25/12/2019

### PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES EXTERNOS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

( ) Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

( ) Acidente de Trabalho Trajeto

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

### AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador:

Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE  
ACOMPANHAMENTO  
SOCIAL

### Identificação

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Data de admissão: 25/12/2019 Alta: / /  
Nome: Manoel Germano de Araújo Junior Naturalidade: S. Paulo do Norte  
Idade: 41 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: 24/08/1978  
RG: 2.109.620 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: FUNDAMENTAR  
Filiação: Pai: Manoel Germano de Araújo Mãe: Linacira Silva de Araújo  
Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_  
Telefone: Celular - Wágner: 991045980 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: \_\_\_\_\_  
Composição familiar: Mãe e filha e acompanhante  
Outras informações: Faz uso de ( ) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

### Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Recebimento Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) Não ( ) Sim  
( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado  
Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa \_\_\_\_\_

### Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares ( ) Trazido pelo SAMU  
( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios  
( ) Encaminhado: Hospital de origem: São Paulo do Norte

### CrITÉRIOS para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
Responsável pelo paciente: Eliete Silva de Araújo  
Parentesco: Mãe Telefone: 91802212  
Endereço do Responsável: O mesmo

### Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente internado de acidente de trânsito  
carro. Inspecção dos equipamentos.

### Saída

óbito: Encaminhamento: ITP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_  
Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_  
Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_





### Identificação

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Data de admissão: 25/12/2019 Alta: 1/1/2020  
Nome: Marcos Germano de Araújo Junior Naturalidade: S. Paulo do Norte  
Idade: 41 Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 24/08/1978  
RG: 2.109.620 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: fundamental  
Filiação: Pai: Marcos Germano de Araújo  
Mãe: Linacira Silva de Araújo  
Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_  
Telefone: celular - Urgência: 991045480 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: \_\_\_\_\_  
Composição familiar: marcas e a mãe e a acompanhante  
Outras informações: Faz uso de ( ) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

### Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Recebe Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) Não ( ) Sim  
( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado  
Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa \_\_\_\_\_

### Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares ( ) Trazido pelo SAMU  
( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios  
( ) Encaminhado: Hospital de origem: SAB PS - L do mesmo

### Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
Responsável pelo paciente: Elaine Silva de Araújo  
Parentesco: irmã Telefone: 91302212  
Endereço do Responsável: o mesmo

### Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Pac. internado de acidente de trânsito  
causado por queda de veículo.

### Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_  
Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_  
Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_



Paciente: 157426 - MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

FIA: 4-12386/2019

Idade: 41 ano(s) 4 mes(es) e 1 dia(s)

Prescrição Nº: 1

Hospital / Unidade: WG - PS - ORTOPEDIA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1192300

Peso:

Data Internação: 25/12/2019 11:30

Início Validade: 25/12/2019 12:32 até 26/12/2019 18:59

Quarto / Leito: 1 - 1003

Médico Resp.: 846-FILIPPI RANIERI ALVES

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

25/12/2019 12:33:33 - Paciente com fratura diafisária de úmero D.  
SEM DEFICIT MOTOR EM MSD.

AGUARDA TRANSFERENCIA P/ CIRURGIA DE URGENCIA, VIA NIR.

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## NUTRIÇÃO

1 - LIVRE

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

## MEDICAMENTO

2 - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML  
SIST. F

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

3 - DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

AMP

IV

6h/6h

4 - TENOXICAN 40MG - PO

FA

IV

24h/24h

5 - OMEPRAZOL 20 MG

CAP

VO

24h/24h

## CUIDADOS

6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão e Tornozelo  
CRM-6963/RNFILIPPI RANIERI ALVES  
CRM-6963/RNCONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 23/01/20  
MAT. Nº 152577  
CF



HOSPITAL MONSENHOR W. FREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 12386 /2019

Prontuário: 1192300

Paciente: 157426 - MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Cartão SUS: 706205562095361

CPF: 05829051419

Dt Nasc: 24/08/1978

Idade: 41 anos 4 meses 1 dia

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LINDALVA SILVA DE ARAUJO

Nome do pai: MANOEL GERMANO DE ARAUJO

Rua/Av: GUAJIRU

Complemento:

CEP: 59590000

Telefone: 84 92094960 84 92094960

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1003

Responsável: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR -

Usuário: WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO

Admissão: 25/12/2019 11:30:30

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S42.3 - FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS  
408020393 -

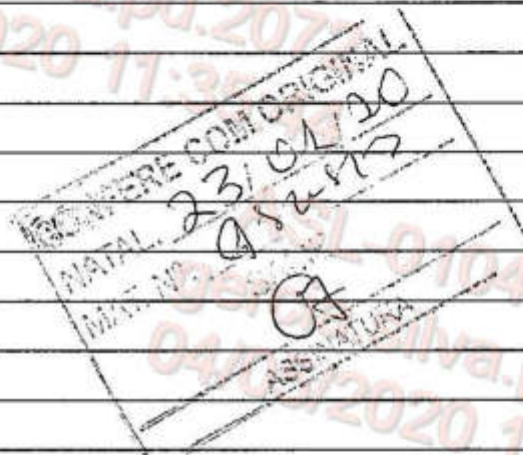
DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura diafise de umero D

RESUMO DE ALTA

Aprova transferência / cirurgia via NIR

Filippi Ranieri Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM RN 6963/TEOT 15251



NATAL, 25 de Dezembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10

ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	002.109.620	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/07/2018
NOME	MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR		
FILIAÇÃO	MANOEL GERMANO DE ARAUJO LINDALVA SILVA DE ARAUJO		
NATURALIDADE	SÃO BENTO DO NORTE RN	DATA DE NASCIMENTO	24/08/1978
CERT. DE NASCIMENTO	L-A04 F-52 RG-1380		
SAO BENTO DO NORTE RN-CARTORIO UNICO CARTORIO			
CPF	058.290.514-19	2a. VIA	

Josebas Ferreira do N. Junior  
Diretor de Identificação

ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10

ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10

ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10

ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10

ASL-0104460/20  
gercia.silva.pd.2072  
04/05/2020 11:36:10

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200232965 **Cidade:** São Bento do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR **Data do acidente:** 25/12/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.  
P 1.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR  
DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @ P 1.

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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradolider.com.br](http://www.seguradolider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 95

Número do pedido DPVAT: 3200164623

Data da solicitação: 30/06/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

CPF do beneficiário: 05829051419

Nome do solicitante: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

CPF do solicitante: 05829051419

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 992094960  
DDD

Tel. Comercial: ( )  
DDD

Tel. Residencial: ( )  
DDD

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

☒ SIM, informa qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

EU MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR, PORTADOR DO CPF 05829051419, MORADOR DA CIDADE DE SÃO BENTO DO NORTE/RN VENHO ATRAVES DESSE INSTRUMENTO SOLICITAR UMA MELHOR ANALISE EM MEU SINISTRO DE NUMERO 3200164623, AONDE FUI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO EM MEU UMEIRO DO BRAÇO DIREITO POIS HOJE TENHO SEQUELAS E DIFICULDADE COM MOVIMENTOS COMO SEGUE EM LAUDO ANEXO A ESTE DOCUMENTO.

SÃO BENTO DO NORTE/RN 30/06/2020

Local e Data

*MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR*  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRO Profissão: PEDEIREIRO, portador(a) do RG  
2109620, órgão expedidor ITP/RN do CPF: 058290514-19, residente  
no(a) AVENIDA SEVERINO CORREIA nº 47,  
bairro: POUCADO GUATIRU, município: SÃO BENTO DO NORTE RN.

### OUTORGADO:

Nome: MARCELO BATISTA FABRICIO, brasileiro(a)  
estado civil: DIVORCIADO Profissão: RECUSO, portador(a) do RG  
1345340, órgão expedidor SP/RN e do CPF: 800785051-20, residente  
no(a) RUA DO XARU nº 140,  
bairro: PAJUEIRA, município: NATAL, 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, 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.

SÃO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020  
Local e Data

MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Ofício Único de Notas de São Bento do Norte - RN

Rua Araceli Pereira 284 - Terço - CEP: 58.000-000 - São Bento do Norte - RN  
Fone: (51) 3310-3104 - E-mail: notas@tribunalrn.com.br

Reconheço AUTÊNTICA a firma de MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

assinada na presença. Onufre  
SÃO BENTO DO NORTE/RN 3 de Fevereiro de 2020 09:54:30

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.trib-jus/selo>

Selo Digital: RN202000954970001854NNP



NOTÁRIO / SUBSTITUTO

AA472385

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRO Profissão: PEDREIRO, portador(a) do RG  
2109620, órgão expedidor ITDP/RN do CPF: 058290514-19, residente  
no(a) AVENIDA SEVERINO CORREIA nº 47,  
bairro: POUCADO GUATIRU, município: SÃO BENTO DO NORTE RN.

### OUTORGADO:

Nome: MARCELO BATISTA FABRICIO, brasileiro(a)  
estado civil: DIVORCIADO Profissão: RECUSO, portador(a) do RG  
1345340, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 806785051-20, residente  
no(a) RUA DO XARÉ nº 140,  
bairro: PAJUCARA, município: NATAL, 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, 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.

SÃO BENTO DO NORTE/RN 26/03/2020  
Local e Data

RECONHECIMENTO FIRMA  
FRENTE

MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Ofício Único de Notas de São Bento do Norte - RN

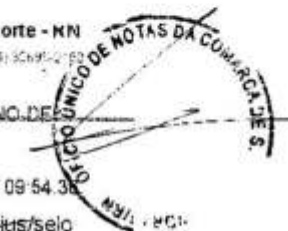
Rua Alameda Pimenta 784 - Térreo - 59.500-000 - Tel: (085) 3295-2153  
FAX: (085) 3295-2153 - E-mail: Elogios.Fredas

Reconheço AUTÊNTICA a firma de MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

assinada na presença. Ou fe  
SÃO BENTO DO NORTE/RN 3 de Fevereiro de 2020 09:54:30

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tfn-jus/selo>

Selo Digital: RN202000954970001864NNP





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128285/20

**Vítima:** MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

**CPF:** 058.290.514-19

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 25/12/2019

**Titular do CPF:** MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### MARCOS BATISTA FABRICIO : 806.785.054-20

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

### MANOEL GERMANO DE ARAUJO JUNIOR : 058.290.514-19

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](http://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: 04/05/2020  
Nome: MARCOS BATISTA FABRICIO  
CPF: 806.785.054-20

MARCOS BATISTA FABRICIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA