
Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681673

Vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO BARBOSA BEZERRA

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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681673

Vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THIAGO BARBOSA BEZERRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: THIAGO BARBOSA BEZERRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000094701-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 065.140.384-76 4 - Nome completo da vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA

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

5 - Nome completo: THIAGO BARBOSA BEZERRA 6 - CPF: 065.140.384-76
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: AV. LIMA E SILVA 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: N. S. DE NAZARE 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.075-710
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (84) 98833-6586

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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2009 CONTA: 094701 7
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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 (vários)? ☐ 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

impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante

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, NATAL RN 02.12.2014

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 047490/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/09/2019 12:08 Data/Hora Fim: 30/09/2019 12:21

Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 11/08/2018 13:23

Local do Fato

Município: Natal (RN)

Bairro: Cidade da

Complemento: Rua Patos

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: THIAGO BARBOSA BEZERRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Natal	Sexo: Masculino	Nasc: 21/10/1985
Profissão: Vendedor			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: FRANCISCA FRANCINETE B BEZERRA	Nome do Pai: SEBASTIAO TERTULIANO BEZERRA		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 065.140.384-76

RG - Carteira de Identidade: 2037278

Endereço

Município: Natal - RN

Logradouro: AV LIMA E SILVA

Nº: 169

Complemento: CASA

Bairro: NS DE NAZARE

CEP: 59.062-300

Telefone: (84) 98796-8318 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 791.175.204-44	Placa KJC3496
Renavam 00664425038	Número do Motor B16NE31022875
Número do Chassi 9BGSE68NTTC754863	Ano/Modelo Fabricação 1996/1996
Cor ROXA	UF Veículo Rio Grande do Norte



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 047490/2019

Município Veículo	Natal	Marca/Modelo	GM/CORSA GL
Modelo	GM/CORSA GL	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran	23/03/2018	Situação do Veículo	NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Desconhecido 1	Possuidor		

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	093.819.494-17	Placa	NNR7381
Renavam	00284665592	Número do Motor	KC16E7B353897
Número do Chassi	9C2KC1670BR353897	Ano/Modelo Fabricação	2011/2011
Cor	PRETA	UF Veículo	Rio Grande do Norte
Município Veículo	Natal	Marca/Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	17/02/2014	Situação do Veículo	NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
THIAGO BARBOSA BEZERRA	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

Para fins do seguro DPVAT, o comunicante compareceu nesta unidade especializada, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em uma colisão CARRO X MOTO. Informa ainda, que o condutor do referido veículo, se evadiu do local do acidente, sem prestar o devido socorro a vítima. Lesionado, foi socorrido pelo SAMU para o Pronto Socorro Clóvis Sarinho, conforme declaração e BAA anexos. Nada mais informou.

ASSINATURAS

Raymond Rausly da Costa Cabral

Agente de Polícia
Matrícula 157374-8

Responsável pelo Atendimento

THIAGO BARBOSA BEZERRA

(Comunicante / Vítima)

"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 origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 065.140.384-76 4 - Nome completo da vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA

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

5 - Nome completo: THIAGO BARBOSA BEZERRA 6 - CPF: 065.140.384-76
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: AV. LIMA E SILVA 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: N. S. DE NAZARE 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.075-710
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (84) 98833-6586

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) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2009 CONTA: 094701 7
Nome do BANCO: 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 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 (vários)? ☐ 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

impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

 NATAL	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
--	---	--

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **THIAGO BARBOSA BEZERRA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 11/08/2018, aproximadamente às 13h23min, na rua Patus, Cidade da Esperança, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 216316/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 08 de abril de 2019.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1

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: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THIAGO BARBOSA BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000094701-7

Nr. da Autenticação B5075383123F0FF9

CAIXA

Este recibo é individual e em caso de eventual premiação não
é permitido sua divisão e mais de um beneficiário.
SAC CAIXA: 0800 736 0101 (informações, sugestões,
reclamações e dúvidas) ou 0800 736 7474 (atendimento ao cliente)
reclamações e dúvidas em atendimento ao cliente

Nome: _____
CPF: _____
Este recibo é individual e em caso de eventual premiação não
é permitido sua divisão e mais de um beneficiário.
SAC CAIXA: 0800 736 0101 (informações, sugestões,
reclamações e dúvidas) ou 0800 736 7474 (atendimento ao cliente)
reclamações e dúvidas em atendimento ao cliente

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendimento realizado em: _____
Data: _____
Assinatura: _____
Rubrica: _____

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 03/07/2019 ÀS 08:29:20

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	MÊS/ANO																		
THIAGO BARBOSA BEZERRA AV. LINA E SILVA, N. 169 - NAZARE NATAL RN 59075-710		2152080	07/2019																		
INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS																		
150.040.400.0757.000	8	2933	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO																		
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO																			
A11N2/6299	LIGADO	LIGADO																			
CONSUMO ÁGUA (M3): 4		DATA LEITURA: 03/07/2019																			
		LEIT. ATUAL: 849																			
		LEIT. ANT.: 845																			
		DIAS CONSUMO: 28																			
HISTÓRICO DE CONSUMO																					
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO																		
06/2019	4	04/2019	2																		
05/2019	4	03/2019	1																		
02/2019	4	01/2019	4																		
		MÉDIA 3																			
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL (R\$)																		
ÁGUA																					
RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)																					
CONSUMO DE ÁGUA		4 M3	39,99																		
ESGOTO																					
35.0% DO VALOR DE ÁGUA			14,00																		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019			1,09																		
JUROS DE MORA 04/2019			0,57																		
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO																		
PIS	53,99	1,65	0,89																		
COFINS	53,99	7,6	4,10																		
VENCIMENTO: 14/07/2019		TOTAL A PAGAR: 55,65																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Parâmetros</th> <th>Turbidez</th> <th>pH</th> <th>Cond. Total</th> <th>Cloro Residual Livre</th> <th>Nitrito (como N)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VMP e Recomendações</td> <td>≤ 5,0 uT</td> <td>6,5 a 8,5</td> <td>≤ 500 µS/cm</td> <td>0,2 a 2,0 mg/L</td> <td>≤ 10,0 mg/L</td> </tr> <tr> <td>Valores Obtidos</td> <td>0,72</td> <td>7,45</td> <td>95,98 µS/cm</td> <td>0,28</td> <td>2,07 mg/L</td> </tr> </tbody> </table>				Parâmetros	Turbidez	pH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)	VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,5 a 8,5	≤ 500 µS/cm	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	Valores Obtidos	0,72	7,45	95,98 µS/cm	0,28	2,07 mg/L
Parâmetros	Turbidez	pH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)																
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,5 a 8,5	≤ 500 µS/cm	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L																
Valores Obtidos	0,72	7,45	95,98 µS/cm	0,28	2,07 mg/L																



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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 06.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO ANTONINO DE FREITAS

CPF: 057.363.744-04

CLASSIFICAÇÃO

B1- RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TROVADOR GUMERCINDO SARAIVA
701 VILA DE DAS DULCISPAUÇARÁVAREÁ URBANA
NATAL RN
59122-740

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
000059190	UNICA	24/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/10/2019	3000028899	895577

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0163931010	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
31/10/2019	25/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	153,67

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	185,0000000	0,81385788	120,25
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,58
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,39
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,91
Multa por atraso NF 029089444 - 23/08/19			2,51
Juros por atraso NF 029089444 - 23/08/19			1,75

TOTAL DA FATURA

153,67

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (Wh)
213096714	CAT	23/09/2019	10 015,90	24/10/2019	11 064,20	31	1,00000	189,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (Wh)
OUT 19 189	
SET 19 192	
AGO 19 191	
JUL 19 176	
JUN 19 194	
MAY 19 213	
ABR 19 186	
MAR 19 212	
FEB 19 206	
JAN 19 194	
DEZ 18 187	
NOV 18 201	
OUT 18 174	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	13,00	24,75
PIS	1,44	1,83
COPINF	6,34	8,93

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	47,70	30,47%
Transmissão	4,05	2,64%
Distribuição (Consumo)	31,18	20,19%
Perdas de Energia	5,16	3,32%
Recargas Setoriais	7,24	4,70%
Trâmites	29,07	18,97%
Total	124,40	100%

Consumo Mensal (Wh) 5,5052046

RESERVAÇÃO DE FUNDOS

B5E7 5433 75A5 A025 3A74 BC39 B0FF D07B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre-se e atualize seu perfil no site www.cosern.com.br para receber informações sobre tarifas, serviços e programas. Para atualizar seu perfil, clique em "Atualizar Perfil" no menu "Meu Perfil".
A conta de energia elétrica é emitida em nome do titular da instalação. O titular é responsável pelo pagamento da conta de energia elétrica e por manter a instalação em conformidade com as normas técnicas da ANEEL.
O consumidor deve manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas da ANEEL e a rede pública de distribuição de energia elétrica.
O consumidor deve manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas da ANEEL e a rede pública de distribuição de energia elétrica.
O consumidor deve manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas da ANEEL e a rede pública de distribuição de energia elétrica.

ATENÇÃO: O CONSUMIDOR DEVE ASSINAR E ENTREGAR A CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

CONJUNTO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
PDCE	0,00	8,07	16,14	30,30
FC	0,00	3,23	6,47	12,95
DMC	0,00	0,00	0,00	0,00

Limite DCE: 12,27 - 0,00 - Valor do Fator de Carga do Sistema de Distribuição: 0,95

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0163931010	10/2019	31/10/2019	153,67

83870000001-0 53670038400-9 16393101020-3 01999465963-7



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIONE DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THIAGO BARBOSA BEZERRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.140.384 / 76 do sinistro de DPVAT cobertura ANUALIDADE da Vítima THIAGO BARBOSA BEZERRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.140.384 / 76 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

CNH, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

☒ 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 TRAV. GUMERCINDO SARAIVA</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>PAJUCARA</u>	Cidade <u>NATAL</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.122-740</u>
Email <u></u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(84) 99820-4547</u>

NATAL RN, 02 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Antonione de Freitas

Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014244678316
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDB-RENAVAM 00284665592 EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCISCO JERONIMO B DA S JUNIOR

CPF/CNPJ 093.819.494-17 PLACA NNR7381

PLACA ANT./AN NNR7381/2011 CHASSI 9C2K01670BR353897

VEICULO TIPO PASSAGETIRO/MOTORISTA NAO APLICADA COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAF/POT/CIL 0CV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR/PREDOMINANTE PRETA

	DOTA UNICA	VENC. DOTA UNICA	VENC. DOTA
I	R\$ 0.00	12/03/2019	1º PAGO
P			2º PAGO
V			3º PAGO
A	002855 3%		

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREC. TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
LICENCIAMENTO DETRAN PAGO DPVAT: PAGO

RESERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
MOTOR: MC1667B353897
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

NATAL/RN DATA 29/03/2019

VEICULOS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014244678316 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/03/2019
VIA 1 CPF/CNPJ 093.819.494-17 PLACA NNR7381

RENAVAM 00284665592 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2011 CO. TIME 9 Nº CHASSI 9C2K01670BR353897

PRÊMIO TARIFARIO

PNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOM. PREMIO (R\$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITACAO
COTA UNICA PARCELADO	

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.346.808/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436732/19

Vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA

CPF: 065.140.384-76

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: THIAGO BARBOSA BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

THIAGO BARBOSA BEZERRA : 065.140.384-76

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: 06/12/2019
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

ANTONIONE DE FREITAS

Maria Luíza Gonçalves da Silva

PROCURAÇÃO

Outorgante:

THIAGO BARBOSA BEZERRA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO,
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua AV. LIMA E SILVA,
Nº 169, Bairro N.S. DE NAZARE, Município de NATAL, Estado de (o)
RIO GRANDE NORTE, CEP 59.075-710, portador (a) do RG nº 002.037.278.
SSP/ RN e CPF nº 065.140.384-76.

Outorgado:

ANTÔNIO DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil
SOLTEIRO, profissão NAO DECLARA, residente e domiciliado à Rua
TRAV. GUMERANDU SASSIM, Nº 701, Bairro PAJUCADA, Município de
NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE, CEP 59.122-750, portador (a) do RG
nº 02686435172, SSP/ RN e CPF nº 008.347.644-07

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.
(a) THIAGO BARBOSA BEZERRA, ocorrido em 11/08/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

NATAL RN, 16 de Setembro de 2019

7º OFÍCIO DE NOTAS

Thiago Barbosa Bezerra

Outorgante

CPF Nº 065.140.384-76

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.

NATAL CARTÓRIO 7º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Celso de Mello, 2019 - Centro Novo - 59.075-570 - Natal / RN
Fone: (84) 4028.5650 - E-mail: Toarforonatal@cartorio.com.br

Reconheço AUTÊNTICA a firma de **THIAGO BARBOSA BEZERRA**.
Dou fe
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tyn.jus.br>
Selo Digital: RN201900949790062094XBU
Natal, 16 de Setembro de 2019 12:00:12
Em testemunho Bruto da verdade.
SILVANA MARIA SILVA DE BRITO
Cod. 15686DNA45050819 Usuário: luanarayane

Silvana Maria Silva de Brito
CPF: 566.538.754-15

AA72633A

TABELA SUBSTITUTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436732/19

Vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA

CPF: 065.140.384-76

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: THIAGO BARBOSA BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

THIAGO BARBOSA BEZERRA : 065.140.384-76

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: 06/12/2019
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

ANTONIONE DE FREITAS

Maria Luíza Gonçalves da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681673 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA **Data do acidente:** 11/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS E TENOPLASTIA) E ALTA MÉDICA .PÁG 2/8/9/12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50