
Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164308

Vítima: JONAS DA SILVA REBOUCAS

Data do Acidente: 31/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARINA SOUZA DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONAS DA SILVA REBOUCAS

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, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164308

Vítima: JONAS DA SILVA REBOUCAS

Data do Acidente: 31/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARINA SOUZA DA COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONAS DA SILVA REBOUCAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JONAS DA SILVA REBOUCAS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000036-1

Conta: 0000073959-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - e-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel (DDD):

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (converte para os lábios do lábio. Assimile uma opção)☐ Bradesco (257)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/membrando do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, incluindo o dano. Desde já e somente após a extinção 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 6.354/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;
- O IML que atenda 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 LIDER para verificação da existência e qualificação 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 de renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graua Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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 herdeiros?

☐ 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 LIDER pagará, caso de fato, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem pela condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - Local e Data:

40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V007/2019





POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE TIBAU - RN
OPERAÇÃO VERÃO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 037/2020.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
LOCAL DO FATO: Av. Teresa Patrício, Centro de Tibau/RN.

DATA E HORA DO FATO: 31/01/2020, por volta das 18h30min.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JONAS DA SILVA REBOUÇAS, brasileiro, Solteiro, motorista, RG nº 2004010129603 e CPF nº 021.530.673-24, natural de Mossoró-RN, nascido em 26/10/1986, filho de Carlos de Souza Rebouças e de Lúcia Maria da Silva Rebouças, residente e domiciliado na Rua Vivaldo Dantas, Jardim de Alicia, Tibau/RN. Tel.: (84) 9 9851-4901.

ACUSADO: A esclarecer.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Informa o Comunicante que no dia e hora acima referidos trafegava na Zona Rural desta Urbe, em sua Motocicleta, qual seja: HONDA BIZ 110I, DE COR VERMELHA, A QUAL SE ENCONTRA EM NOME DO SUA ANTIGA PROPRIETÁRIA, MARIA LUCINEIDE CHAVES COSTA, DE PLACA POL9260, ANO 2016, RENAVAL Nº 1104864727; QUE trafegava no Centro desta Urbe e Colidiu em um cachorro; QUE não conseguiu mais manter a motocicleta em movimento e sofreu um acidente automobilístico; QUE caiu no asfalto e populares o levaram para a Emergência de Tibau-RN, Hospital Municipal; QUE como resultado do acidente, fraturou o punho esquerdo; QUE ao chegar no SOS de Tibau, foi atendido pelo médico plantonista e foi encaminhado ao Hospital Regional Tarcísio Maia na cidade de Mossoró-RN. Nada mais disse.

DATA E HORÁRIO DO REGISTRO: 17/02/2020, às 11h50min.

Jonas da Silva Rebouças
ASSINATURA DO(A) COMUNICANTE

Marco Antonio de Oliveira - 207.195-3
REGISTRANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do contrato da ASL: 023530673-24 3 - CPF da vítima: 023530673-24 4 - Nome completo da vítima: Jonas da Silva Rebouças

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 246/2012

5 - Nome completo: Jonas da Silva Rebouças 6 - CPF: 023530673-24
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Vivaldo Dantas de Farias 9 - Número: 100 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Tibay 13 - Estado: W 14 - CEP: 59678-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): (84) 99927-0066

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$100 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 (fontes para os fundos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Banco do Brasil

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 73.954 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autoriza a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já 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 6.154/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima tinha quem lhe cuidava: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou filhos menores? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 39 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 40 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Mossoró-RN 05/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS DA SILVA REBOUCAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000073959-6

Nr. da Autenticação D65461BB98572CD6

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA NERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20955199-0



COSERN

www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 118

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO 11/03/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 12/02/2020	CONTA CONTRATO 007014280868
MARINA SOUZA DA COSTA		TOTAL A PAGAR (R\$) 114,06	DATA DA APRESENTAÇÃO 17/02/2020	Nº DO CLIENTE 3011461978
CPF: 107.004.784-85			NÚMERO DA NOTA FISCAL 037605633	Nº DA INSTALAÇÃO 0002761021
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA		CLASSIFICAÇÃO		
RUA VIVALDO DANTAS DE FARIAS 100		B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL		
CENTRO/ÁREA URBANA		Monofásico		
59673-000 TIBAU/RN		RESERVADO AO FISCO		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		AA4A.920B.2984.4DEC.8013.D645.A34A.8289		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	137,00	0,32817040	44,95	Valor 13/01/20 Valor 17/02/20 124,43
Consumo Ativo(kWh)-TE	137,00	0,32328608	44,29	
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,35	
Contrib. Hum. Pública Municipal			18,00	
Multa por atraso-NF 033054391 - 14/11/19			1,81	
Juros por atraso-NF 033054391 - 14/11/19			1,23	
Atualização IGPM-NF 033054391 - 14/11/19			2,43	
TOTAL DA FATURA			114,06	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
80,59	18,00	14,50	90,59	0,78	0,70	90,59	3,02

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		HISTÓRICO DO CONSUMO	
R\$	%		kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32817040	FEV 20	137
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,32328608	JAN 20	166
		DEZ 19	160
		NOV 19	128
		OUT 19	136
		SET 19	119
		AGO 19	132
		JUL 19	143
		JUN 19	152
		MAY 19	160
		ABR 19	204
		MAR 19	275
		FEV 19	333

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000009002180851079	CAT	15/01/2020	2.318,00	12/02/2020	2.455,00	28	1,00000	0,00	137,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
dez/2019					
DIC-Me de horas sem Energia		0,00	10,64	20,98	44,76
FIC-Me de vezes sem Energia		0,00	7,69	16,18	30,38
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,58	0,00	0,00
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMIC: 10,50

EUBD-Valor de Encargo do Uso = R\$ 34,88					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DMIC a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEL DE TENSÃO	
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie, na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
		MÍNIMO	MÁXIMO
		220	202 231
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007014280868	02/2020	114,06	11/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838200000010 140600364077 014280868200 013352597234

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.195/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-0



COSERN

www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 118

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARINA SOUZA DA COSTA

CPF: 107.004.784-85

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIVALDO DANTAS DE FARIAS 100

CENTRO/ÁREA URBANA
59078-000 TIBAU RN

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

DATA DE VENCIMENTO

11/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

114,06

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

037605833

Série: U

CONTA CONTRATO

007014280868

Nº DO CLIENTE

3011461978

Nº DA INSTALAÇÃO

0002761821

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

AA4A.920B.2984.4DEC.8013.D645.A34A.8289

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO				QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD				137,00	0,32817010	44,95
Consumo Ativo(kWh)-TE				137,00	0,32328608	44,29
Acrescimo Bandeira AMARELA						1,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal						18,00
Multa por atraso-NF 033054391 - 14/11/19						1,81
Juros por atraso-NF 033054391 - 14/11/19						1,23
Atualização IGPM-NF 033054391 - 14/11/19						2,43
TOTAL DA FATURA						114,06

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS			PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
90,59	18,00	16,30	90,58	0,78	0,70	90,59	3,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DEB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000218084079	CAT	15/01/2020	2,318,00	12/02/2020	2,455,00	28	1,00000	0,00	137,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/03/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
dez2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	10,44	20,88	41,78
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19	30,30
DAC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	5,58	0,00	0,00
DICI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICI: 16,00
EURO-Valor de Encargo de Uso - R\$ 34,88					
Todo Consumidor pode solicitar a reparação dos indicadores DIC, FIC, OMC e DICI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data de leitura a Bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007014280868	02/2020	114,06	11/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838290000010 140600384077 014280888200 013352597234



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4040-1596 / Outras regiões: 0800 020 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

Eu, Marina Souza da Costa

RG nº 288.7344, data de expedição 04/08/06

Órgão Itapir, CPF nº 107.004.784-85

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Vivalda Dantas de Farias</u>
Número	<u>500</u>
Apto/Complemento	<u>Capa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Tibau</u>
Estado	<u>RJ</u>
CEP	<u>59678-000</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Wac Pozzi</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Monteiro 05/03/2020

Marina Souza da Costa

Assinatura do Declarante



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ovidente: 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/feis/112CAWES/DOCOORIGINALASERTIPO-16600100-25939>

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.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSUMO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM FORTALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA Lei nº 9.033/96.

Pelo exposto, eu

Marina Souza da Costa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

307 004 784, 85

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jonas da Silva Rebouças

Inscrito (a) no CPF sob o nº 025 530 673, 24

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Jonas da Silva Rebouças

Inscrito (a) no CPF sob o nº

025 530 673, 24

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Revisor

Renda:

Revisor

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:

Rua Vivaldo Dantas de Farias

Número:

300

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Tibau

Estado:

PR

CPF:

54678-000

E-mail:

Não Possui

Tel. (DDD):

(84) 99827-0066

Local e Data:

Mozzotto - PR 05/03/2020

Marina Souza da Costa

Assinatura do Declarante



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 2209 /2020

Admissão: 31/01/2020 20:13:09

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 10909 - JONAS DA SILVA REBOUCAS (33 a 3 m 5 d)

Nascimento: 26/10/1986

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708403279284569

CPF: 02153067324

Prof:

Mãe: LUCIA MARIA DA SILVA REBOUCAS

Pat: CARLOS DE SOUZA REBOUCAS

Logradouro: VIVALDO DANTAS, 100

CEP: 59678000

Bairro: JARDIM DE ALICIA

Cidade: TIBAU

Telefone: 84.94736875

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: DR. PABLO - TIBAU/ AUTORIZADOR: DR. GALERIO

Classificação:

PESO:

31/01/2020 20:08:06

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: HD: FRATURA DE RADIO OU ULNA?

Dt e Hora:

*Transtorno e pulso E
e dor e edema e limitação
função*

Fratura da articulação radial (reduzida)

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

*- Gesso de fixação -
- Típora*

*Carla Gabriela S. Lima
31/01/2020*

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/

/20.

Hr:

:

Médico:

*Gerado via SX por MAURICIO RODRIGUES PEREIRA. Impresso em 31 de Janeiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 31/01/2020

Carla Gabriela S. Lima

SAME / ARQUIVO

mat. 150.343-0



OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 10909 - JONAS DA SILVA REBOUCAS (33 a 3 m 5 d)

Nascimento: 26/10/1986

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708403279284569

CPF: 02153067324

Prof:

Mãe: LUCIA MARIA DA SILVA REBOUCAS

Pai: CARLOS DE SOUZA REBOUCAS

Logradouro: VIVALDO DANTAS, 100

CEP: 59678000

Bairro: JARDIM DE ALICIA

Cidade: TIBAU

Telefone: 84.94736875

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: DR. PABLO - TIBAU/ AUTORIZADOR: DR. GALERIO

Classificação:

PESO:

31/01/2020 20:09:06

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: HD: FRATURA DE RADIO OU ULNA?

Dt e Hora:

*Transtorno e pulso E
e dor e edema e limitação
funcional*

Fratura da articulação radial (reduzida)

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

*- Gesso de fixação
- Tala*

*Carla (Carla) da S. Lima
#10*

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por MAURICIO RODRIGUES PEREIRA. Impresso em 31 de Janeiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

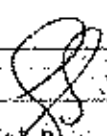
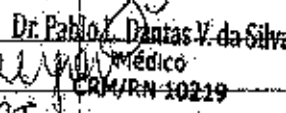
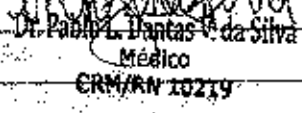
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

BAME MOSSORÓ 31/01/2020

Carla (Carla) da S. Lima

BAME / ARQUIVO

mar - 150-343-0

DATA/HORA	PRESCRIÇÕES MÉDICAS/REGISTROS DE ENFERMAGEM	LÍTIMO
		ASSINATURA DO PROFISSIONAL
31 JAN 2020 19:14 PM	1) Voltarem 25mg - 01amp JM 2) Omeprazol 40mg - 01amp JM 3) Ambroxol 30mg do antitussivo.	
19:15 PM	Sinto náuseas com o receptor preciso ir ao banheiro 99675 - 1069, que contém a Omeprazol, porém não consigo ir com nenhum opium como.	 Dr. Pablo L. Dantas V. da Silva Médico CRM/RN 10219
19:21 PM	Encaminhado ao Hospital Regional Tororó para os cuidados do Dr. Salmo de Sousa de Oliveira, quanto ao tratamento do estômago por equipe de internamento.	 Dr. Pablo L. Dantas V. da Silva Médico CRM/RN 10219
ASSINATURA DO PACIENTE EM CASO DE NÃO CONTINUIDADE DE TRATAMENTO (ESPECIFICAR ACIMA):		
RG/CPF:		

UNIMED

[illegible]

252837344 1.ª VILA 208
 MARTINA SOUZA DA COSTA
 10/01/1992
 GEDSONAR JOSE DA COSTA
 ANTONIA MARIA DE SOUZA COSTA
 10/01/1992
 GEDSONAR JOSE DA COSTA
 ANTONIA MARIA DE SOUZA COSTA
 10/01/1992
 GEDSONAR JOSE DA COSTA
 ANTONIA MARIA DE SOUZA COSTA
 10/01/1992

252837344 1.ª VILA 208
 MARTINA SOUZA DA COSTA
 10/01/1992
 GEDSONAR JOSE DA COSTA
 ANTONIA MARIA DE SOUZA COSTA
 10/01/1992
 GEDSONAR JOSE DA COSTA
 ANTONIA MARIA DE SOUZA COSTA
 10/01/1992
 GEDSONAR JOSE DA COSTA
 ANTONIA MARIA DE SOUZA COSTA
 10/01/1992



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 107.004.784-85

Nome: MARINA SOUZA DA COSTA

Data de Nascimento: 10/01/1992

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição: 15/06/2010

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:42:20 do dia 10/02/2020 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 79A5.0C69.8D5E.9E56



Este documento não substitui o [Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012635976432
01 1104864727 0000000000 2016

MARIA LUCINDA DE CHAVES COSTA

ICAPUI/CE

00552171336

POL9260

9C2JC70006GR122313

EAS/MOTONETRA/MAO APPLIC CABOLINA

HONDA/BIZ 1101

2016 2016

2P/OCV/109CC

PARTIC

VERBELHA

1	*****	**	**/**	*****
2	*****	**	**/**	*****
3	*****	**	**/**	*****
4	*****	**	**/**	*****
5	*****	**	**/**	*****
6	*****	**	**/**	*****
7	*****	**	**/**	*****
8	*****	**	**/**	*****
9	*****	**	**/**	*****
0	*****	**	**/**	*****

00/00/0000

AL FID ADMIN DE CONS NACIONAL HOND

A LTDA, *****

ICAPUI

16/12/2016

CE Nº 012635976432 ALHETE DE SEGURO DPVAT

2016

00552171336

ESTE É O SEU ALHETE DE SEGURO DPVAT

16/12/2016

01 00552171336

POL9260

1104864727

HONDA/BIZ 1101

2016 09

9C2JC70006GR122313

PREMIUM TAPAFARNO

1	*****	**	**/**	*****
2	*****	**	**/**	*****
3	*****	**	**/**	*****
4	*****	**	**/**	*****
5	*****	**	**/**	*****
6	*****	**	**/**	*****
7	*****	**	**/**	*****
8	*****	**	**/**	*****
9	*****	**	**/**	*****
0	*****	**	**/**	*****

PROPRIETARIO

16-12-2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164308 **Cidade:** Tibau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS DA SILVA REBOUCAS **Data do acidente:** 31/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO (ESTILÓIDE RADIAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 LEVE DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164308 **Cidade:** Tibau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS DA SILVA REBOUCAS **Data do acidente:** 31/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E ULNA DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

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

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 1/2

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

Nome: José Carlos da Silva Brasileiro(a)
 Estado civil: casado Profissão: Engenheiro Data do Acidente: _____
 Endereço: Rua 15 de Novembro, 150 Orgão expedidor: _____
 Cidade: Recife UF: PE CEP: 51010-000 Residente: sim (n/a)
 Bairro: Centro Município: Recife Estado: PE

OUTORGADO

Nome: João Carlos da Silva Brasileiro(a)
 Estado civil: casado Profissão: Engenheiro Data do Acidente: _____
 Endereço: Rua 15 de Novembro, 150 Orgão expedidor: SUP. DE EDO. CIVIL Residente: sim (n/a)
 Cidade: Recife UF: PE CEP: 51010-000 Município: Recife Estado: PE

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras convencionadas e a Susep.

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

Recife - PE 31/04/20

Local e Data

João Carlos da Silva Ribeiro

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)