

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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:	<input type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Número do atestado ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	023.530.673-24	Jonas da Silva Rebouças	

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

5 - Nome completo:	Jonas da Silva Rebouças	6 - CPF:	023.530.673-24
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	Rua Vinílio Dutra de Faria	12 - Cidade:	Tibau
13 - Estado:	14 - CEP:	15 - Email:	16 - Telefone:
Centro	59678-000	Não Possui	(84) 99927-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE D 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 comprovação anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORA)
-----------------------	---	--

CONTA POUPANÇA (Somente para os títulos da dívida. Assinale uma só opção)

Bradesco (297) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Indosso e Banco)

Nome do Banco:

Banco do Brasil

AGÊNCIA:	0036	CONTA:	73.959
----------	------	--------	--------

(Informar o digito de salto)

(Informar o digito de salto)

(Informar o digito de salto)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/crédito do Seguro DPVAT que eu tiver direito, inclusive juros e danos, desde que a mesma seja a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei Estadual 0.254/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;
- Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documentário médico apresentado sem a apresentação do laudo do IMI, 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 automóvel, conforme o disposto na Lei 0.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da resolução ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

22 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (lo Civil)	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
23 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou comparsa(s):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:		

28 - Vítima: Sim Não
29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: Inexistente (não tem) Sim Não
30 - Vítima deixou: Sim Não
31 - Vítima: Sim Não
32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: Sim Não
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, a todos beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 399 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedida (a rogo)	35 - CPF legível de quem assina a pedida (a rogo)	36 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)
--	---	---

37 - Assinatura de quem assina a pedida (a rogo)	38 - Nome:	CPF:
--	------------	------

39 - Local e Data:	Assinatura da testemunha:
--------------------	---------------------------

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	41 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	42 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	44 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	45 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	47 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	48 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	50 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	51 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	53 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	54 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

55 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	56 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	57 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	59 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	60 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

61 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	62 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	63 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	65 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	66 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

67 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	68 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	69 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	71 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	72 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

73 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	74 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	75 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	77 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	78 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

79 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	80 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	81 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	83 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	84 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

85 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	86 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	87 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	89 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	90 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

91 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	92 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	93 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	95 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	96 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

97 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	98 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	99 - Assinatura do Testemunha (se houver):
---	---	--

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	101 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	102 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

103 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	104 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	105 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	107 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	108 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

109 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	110 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	111 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	113 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	114 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

115 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	116 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	117 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	119 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	120 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

121 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	122 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	123 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	125 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	126 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

127 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	128 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	129 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	131 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	132 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

133 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	134 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	135 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	137 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	138 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

139 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	140 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	141 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	143 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	144 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

145 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	146 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	147 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	149 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	150 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

151 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	152 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	153 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	155 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	156 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

157 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	158 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	159 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	161 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	162 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

163 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	164 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	165 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	167 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	168 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

169 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	170 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	171 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	173 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	174 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

175 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	176 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	177 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	179 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	180 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

181 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	182 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	183 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	185 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	186 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

187 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	188 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	189 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	191 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	192 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

193 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	194 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	195 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

196 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	197 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	198 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

199 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	200 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	201 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

202 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	203 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	204 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

205 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	206 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	207 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

208 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	209 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	210 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

211 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	212 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	213 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

214 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	215 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	216 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

217 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	218 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	219 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

220 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	221 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	222 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

223 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	224 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	225 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

226 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	227 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	228 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

229 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	230 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	231 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

232 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	233 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	234 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

235 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	236 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	237 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

238 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	239 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	240 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

241 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	242 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	243 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

244 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	245 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	246 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

247 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	248 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	249 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

250 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	251 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	252 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

253 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	254 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	255 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

256 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	257 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	258 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---

259 - Assinatura do Representante Legal (se houver):	260 - Assinatura da vítima/mecenato (declarante)	261 - Assinatura do Testemunha (se houver):
--	--	---



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 N° 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/VITIMA: 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 Cérios 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 | RENAVAM N° 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 levarem 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

Marcos Henrique de Oliveira - 207195-3
REGISTRANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipologia(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do placa do ASL: 023530 673 - 24 4 - Nome completo da vítima: Jonas da Silva Rebouças

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Jonas da Silva Rebouças 6 - CPF: 023530 673 - 24 9 - Número: 300 10 - Complemento: Casa

7 - Profissão: Recreio 8 - Endereço: Rua Vilaldo Dantas de Faria 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59678 - 000

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Tibau 15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel. (DD) (84) 49927-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 16 ANOS OU INCAPAZ COM CUIDADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.000,00 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 (sondeira p/ es bances aberto. Assim que uma sócio)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____ (Inserir o dígitos exatamente)

CONTA CORRENTE (dados de banco)
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0036 | CONTA: 13.954 | 6

(Inserir o dígitos exatamente) (Inserir o dígitos exatamente)

Autorizo à Seguradora Lider o credital 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, quicção total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que sou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:
• Não há IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IMI, 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 IMI, 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 de acidente de trânsito causado por veículo automotivo, 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 classificação médica, caso discordar da sua 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 ou compehanheira(s): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou (companheiro), informar o nome desse(s):

28 - Vítima teve filhos: Sim, Não | 29 - Só tinha filhos, informar: Sim, Não | 30 - Vítima deixou herdeiros? Sim, Não | 31 - Vítima é viúva? Sim, Não | 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim, Não | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim, Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

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

37 - Assinatura da quem assina a pedido (a rogo): _____

40 - Local e Data: Maceió - AL 05/10/2012

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

TPS.001 V002/2019

NÃO PODE SER ZERADO

TESTEMUNHAS

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: 00000073959-6

Nr. da Autenticação D65461BB98572CD6

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 160, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 58025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



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

Ligações Grátiatas:

-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 Grátiata de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Grátiata de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARINA SOUZA DA COSTA
CPF: 107.004.784-85

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIVALDO DANTAS DE FARIA 100

CENTRO/ÁREA URBANA
59678-000 TIBAU RN

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

DATA DE VENCIMENTO

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

037605633

CONTA CONTRATO

007014280868

Nº DO CLIENTE
3011461978

Nº DA INSTALAÇÃO
0002761621

Série: U

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	137,00	0,32617010	44,95
Consumo Ativo(kWh)-TE	137,00	0,32326608	44,29
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,35
Contrib. Num. 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 1GPM-NF 033054391 - 14/11/19			2,43
TOTAL DA FATURA			114,06

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXIGENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	ID Recv	Valor
18/01/20	17/02/20	124,43

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso o suspenso do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 29 REN 414/Anel. Podem ocorrer apos de cobrança, bem como incluso nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
	kWh	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32617010	137	
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,32326608	135	
	160	
	128	
	136	
	119	
	132	
	148	
	152	
	160	
	204	
	275	
TOTAL	323	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Generação de Energia	32,84 38,08
Transmissão	3,61 3,58
Distribuição (Cesan)	22,71 25,97
Encargos Sistrais	5,27 5,97
Tributos	20,27 22,38
Pérola da Energia	8,89 8,72
TOTAL	90,59 100

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
dez/2019								
DIC-No de horas sem Energia	0,00	10,44	20,88	41,75				
FIC-No de vezes sem Energia	0,00	7,09	15,18	30,38				
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	5,58	0,00	0,00				
DCRL-Duração de interrupção em dia útil			Limite DCRL: 10,60					
(EUD=Valor de Encargo do Usu = R\$ 34,88)								
Todo Consumidor pode solicitar a abertura dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRL a qualquer tempo.								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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.
Presto, em atraso, uma multa 2% (Res414/ANEEL); Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês a mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

833200000010 140600384077 014280868200 013352597234

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59026-260
CNPJ: 08.324.195/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-0



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

Ligações Grátias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Grátias de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Grátias de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARINA SOUZA DA COSTA

CPF: 107.004.784-85

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIVALDO DANTAS DE FARIA 100

CENTRO/ÁREA URBANA
59678-000 TIBAU RN

As condições gerais do fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e bônus 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

037605633

Série: U

CONTA CONTRATO

007014280868

Nº DO CLIENTE

3011461978

Nº DA INSTALAÇÃO

0002781821

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	137,00	0,32817010	44,95
Consumo Ativo(kWh)-TE	137,00	0,32228600	44,29
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,35
Contrib. Itam. Pública Municipal			18,00
Multa por atraso-NF 033054391 - 14/11/19			1,89
Juros por atraso-NF 033054391 - 14/11/19			1,23
Atualização IGP-M-NF 033054391 - 14/11/19			2,43
TOTAL DA FATURA			114,06

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt. Reav.	Valor
13/01/20	17/02/20	124,13

Este comunicado NÃO substitui aviso do débito anterior ou NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 59 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer mudanças de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,26460000		KWh
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,26087000		
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		R\$ %	
Geração de Energia	38,84	38,03	
Transmissão	3,61	3,59	
Distribuição (Cosern)	22,71	26,87	
Encargos Bearerias	6,27	6,82	
Tributos	20,27	22,88	
Pérolas de Energia	6,62	7,72	
TOTAL	90,59	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DBAB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000002180661078	CAT	15/01/2020 2318,00	12/02/2020 2455,00	28	1,00000	0,00	137,00
[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/03/2020]							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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 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 prazo. 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.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
dez/2019					
DIC-No. de horas sem Energia		0,00	10,44	20,88	41,76
FIC-No. de vezes com Energia		0,00	7,59	15,19	30,38
DNIC-Duração média de Interrupção pontual		0,00	5,58	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia útil				Límite DICRI: 16,60	
EUD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 34,08					
Todo Consumidor pode solicitar a profissão dos indicadores DIC, FIC, DNIC e DICRI a qualquer tempo.					

DESTAQUE AQUI

CONTAS 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 149600384077 014280868200 013352597234



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Central de Atendimento (para dúvidas sobre indicações e preços, de segunda à sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4000-1596 / Outros estados: 0800-0201204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-0228199 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-0221206 | Central Ouvintes: 0800-0215135

Eu, Marina Souza da Costa

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

Órgão Hep. Ju, CPF nº 307.004.784-85,

venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar a residência

em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Lote/quadra/rua/Avenida/Praca	<u>Rua Vivaldo Dantas de Fariaz</u>
Número	<u>500</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Tibau</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59678-000</u>
tel. de contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Márc Borzui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Total e Data:

10/03/2020

Marina Souza da Costa

Assinatura do Declarante



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre identificações e preâmbulos de seguros) a sexta-feira, das 20h às 20h.

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-15965 / Outras regiões: 0800-022.12.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.91.90 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022.12.05 | Central Divulgativa: 0800-021.91.95

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/freibutecaweb/DOCORIGINAL.ASPX?ID=4&CÓDIGO=76499>

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 constar o cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de identificações. Este cadastramento deve constar, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda-mesal, 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 PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E NESEGURO. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, Têm por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber e examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marina Souza da Costa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 307.004.784-85, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio(a) do Beneficiário

Jona da Silva Rebouças, inscrito (a) no CPF sob o N° 023.530.673-24
do sinistro de DPVAT cobertura Invalides, da Vítima Jona da Silva Rebouças

inscrito (a) no CPF sob o N° 023.530.673-24, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: Recepcionista Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, apresentando 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 Viválio Dantas de Faria,</u>	Número:	<u>100</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Tibau</u>	Estatuto:	<u>PR</u>
E-mail:				CEP:	<u>59678-000</u>

Tel.(DDD): (81) 99827-0066

Local e Data: Mossoró - RN 05/03/2020

Marina Souza da Costa

Assinatura do Declarante

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

03

FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIO/SUS

R.G. N° CARTÃO SUS:	91	ATENDIMENTO N°	
NOME:	José das Juntas da Silva Rebouças	IDADE:	33 ANOS
DATA DE Nascimento:	10/01/30	MESSES:	MESES
SEXO:	M	DIAS:	DIAS
NAME DA MÃE:	Luiza Maria da S. Rebouças	PROFISSÃO:	Motorista
ENDERECO RESIDENCIAL:	Av. Presidente Vargas	CIDADE:	Tibau
BAIRRO:	Jardim das Almeidas	ESTADO:	RN
TEL. 0831-4904	ACOMPANHANTE:	DATA: 31/01/20	HORA: 19:07
VOCAL DA PROCURA:	Queda de moto?	RUBRICA SERVIDOR:	Nome: [Signature]

QUEIXA: Queda de moto

PERÍODO:

ANTECEDENTES FATALÓGICOS: Nenhuma OUTROS:

ANTECEDENTES ALÉRGICOS: Negativo

VALORES VITIAIS/CRUDOS INICIAIS: Peso: kg. Temperatura: °C. P.C.: BPM: PA: 140 - 90 mmHg.
R.: BPM: SPO2: % H.G.T.: Mg/DL ESCALA DE GLASGOW: PTS.

TIPO DE ATENDIMENTO: () Emergência () Urgência () Urgência Leve () Não Urgência CLASSIFICAÇÃO:

ANAMNESE (MÉDICO)

Paciente de 33 anos,ultimo vêm ao atendimento com um queijo de cimento que se rompeu ao sair do motorizado 30 minutos de moto e apresenta dor no lado esquerdo da coxa, sem dificuldade de deslocamento.

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

AO exame físico apresenta-se um tecido ligeiramente edemateado, contudo não há edema, sem disfunção de eliminação, sem deformidades ósseas.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: () HC () EAS OUTROS:

(✓) RADIOLÓGICO (ESPECIFICAR) () RAYO X () RAYO X AGUDO

() RGA OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): () Fratura de rádio, ulna?

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS/SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

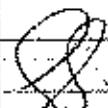
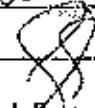
MONITORIZAÇÃO: () Medicagão Alta () Medicagão Observação () Orientações

PROGRAMAMENTO PARA:

Referência: () Radiologia () Ortopedia Dr. Galvão

Especializado () PGF/UBS () CAPS

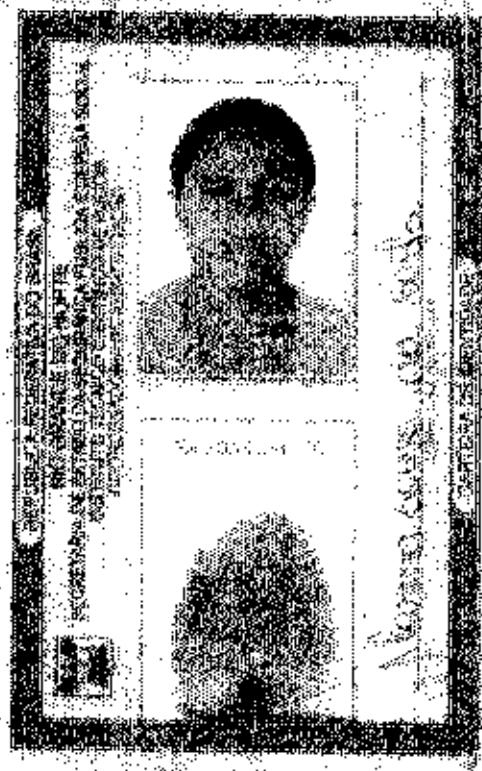
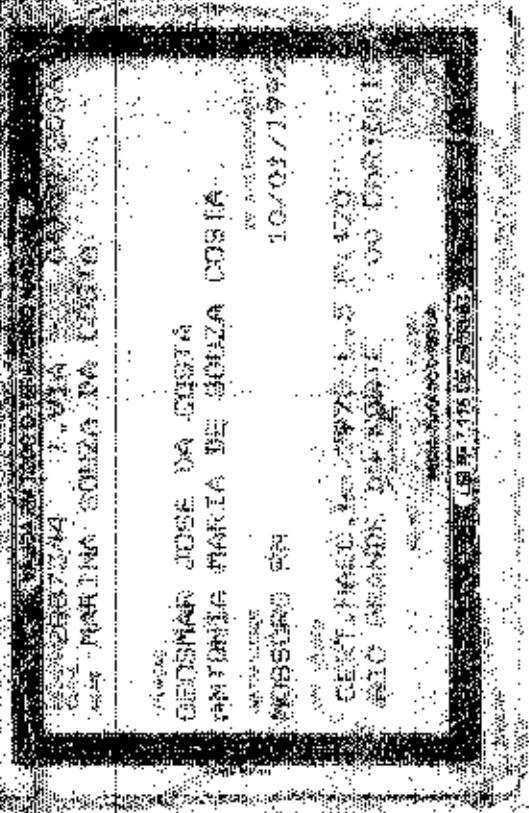
Médico: Controle e Assessoria
Dr. Pablo L. Dantas V. da Silveira
CRM/RN 102
Médico
CRM/RN 102

DATA/HORA	PREScrições MÉDICAS/REGISTROS DE ENFERMAGEM	SINÔTICO
		ASSINATURA DO PROFISSIONAL
31 JAN 2020 19:14 PM	1) Voltarum 25mg - Onamp Jm 2) Dipenox 50amg - Onamp Jm 3) Imobilizante de antibiótico.	 Dr. Pablo L. Dantas V. da Silva Médico CRM/RN 10219
19:15 PM	Fui ao Hospital Regional de Teresina. Na clínica fui atendido pelo médico 59625 - 1669, que constatou a osteoartrose peronítmão com dor intensa com limitação de movimento.	 Dr. Pablo L. Dantas V. da Silva Médico CRM/RN 10219
19:21 PM	Encaminhado ao Hospital Regional de Teresina. Meu atendimento foi feito pelo Dr. Celso de Silveira da Oliveira, que me informou que ele iria me encaminhar ao Dr. Paulo L. Dantas V. da Silva .	 Dr. Pablo L. Dantas V. da Silva Médico CRM/RN 10219

ASSINATURA DO PACIENTE EM CASO DE NÃO CONTINUIDADE DE TRATAMENTO (ESPECIFICAR ACIMA):

V / 91 m²







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

Dígito Verificador: 08

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 Situação no CPF.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.648, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTRAZAS GERAIS

SUPRIMILO O PRAZO DE PRESTAR GARANTIA E DEIXOU DE PAGAR OS FERIADOS. A EMPRESA DE CONSTRUÇÃO, ENTRETANTO, PODE SER COBRADA PELA COMPENSAÇÃO DAS PERDAIS.

DETRAN-DF
012635976433

01263597644

卷之三

EMAG 01 11048664727 0000000000 2016

卷之三

ENVIRON

BRUNO LULLIANO LIMA DE COSTA

COPYRIGHT

00552171936 POL9260

EAS / MOTONESTER / NAO APlica : GASOLINA

HOMDAL/SILZ 101

2P/0CV/109CC
PARTIC
VERMELHA

卷之三

卷之三

ESTADÍSTICA JURÍDICA - 2.º DE JESÚS

AL.FID. ADMIN DE CONSEJO NACIONAL HOND

詩歸卷之三

CAPUT

[Volume 1, Number 1, January 1999]

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

Valorização 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E URNA 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 de Souza _____ RG: 11.121 _____
Estado Civil: Solteiro _____ Profissão: Desempregado _____
Portador(a) de RG: 00-00000000 _____ Data do Incidente: _____
Portador(a) de CPF: 00.000.000-00 _____ Órgão Expedidor: ██████████ _____
Nº de Carteira: 00 _____ CEP: 00000-000 _____ Residência: ██████████
Endereço: Rua das Flores, 100 _____ Bairro: Centro _____ Cidade: ██████████ _____ UF: ████
Município: ██████████ _____

OUTORGADO:

Nome: João Pedro Souza _____ RG: 00000 _____
Estado Civil: Solteiro _____ Profissão: Desempregado _____ Portador(a) de RG: 00-00000000
Portador(a) de CPF: 00.000.000-00 _____ Órgão expedidor: ██████████ _____ Residência:
nº: 00 _____ CEP: 00000-000 _____ Bairro: Centro _____ Cidade: ██████████ _____ UF: ████
Município: ██████████ _____

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 à Seguradora Lider e Seguradoras consorciadas e à Susep.

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

Titular: RM 01/04/20
Local e Data

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)