



Número: **0800359-23.2021.8.20.5150**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Portalegre**

Última distribuição : **03/06/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA (AUTOR)		JESSICA CELI DA SILVA SOARES (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO) FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
99005873	21/04/2023 10:53	Petição	Petição
99005877	21/04/2023 10:53	2815431_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros documentos



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PORTALEGRE/RN

Processo: 08003592320218205150

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PORTALEGRE, 20 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
OAB/RN 5432



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:53:24
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110532487500000093477942>
Número do documento: 23042110532487500000093477942

Num. 99005873 - Pág. 2
Pág. Total - 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:53:24
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110532487500000093477942>
Número do documento: 23042110532487500000093477942

Num. 99005873 - Pág. 3
Pág. Total - 3



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, 31 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210001008

Vítima: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Data do Acidente: 27/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDIA MARIA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003483

Conta: 0000018341-2

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,





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, 27 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210001008 Vítima: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Data do Acidente: 27/09/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLAUDIA MARIA DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/05/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01425/01426 - carta_09 - INVALIDEZ

00030713



Carta nº 16867486



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/01/2021
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03483

CONTA: 000000018341-2

Nr. da Autenticação 18CB45A108C94903



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210001008 **Cidade:** Taboleiro Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN **Data do acidente:** 27/09/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
PESSOA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DO ZIGOMÁTICO DIREITO/ FRATURA DO SEIO MAXILAR BILATERAL E HEMOSSINUS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.PÁG 3/6

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

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 RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 279.531.628-57 4 - Nome completo da vítima: Francisco Erinaldo Valentim Pessoa

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

5 - Nome completo: Francisco Erinaldo Valentim Pessoa 6 - CPF: 279.531.628-57
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: rua: Alexandre Soares 9 - Número: 10 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Tabuleiro Grande 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59840-000
15 - E-mail: davidfreitas1972@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (84) 996562676

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3483 CONTA: 18341 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tabuleiro Grande-RN 29/12/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 0007/2019







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTALEGRE

Endereço: Rua Lindalva Fialho de Freitas, 106, CENTRO, PORTALEGRE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020154000103

1.2 Data de Expedição: 29/12/2020 09:38:48

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/09/2020 09:00:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Rural

2.7 Logradouro: RUA AUGUSTO GOMES DE PAIVA

2.8 Número: S/N

2.9 CEP: 59.840-000

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA E A UPA DA

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: TABOLEIRO GRANDE

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO ERINALDO VALENTIM PESSOA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOSE VALENTIM PESSOA

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: MARIA ILZA PINTO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 27953162857

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 15/03/1975

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 1497045 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 996914410

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 10

3.18 Naturalidade: TABOLEIRO GRANDE RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: AVENIDA ALEXANDRE SOARES

3.23 Cidade: TABOLEIRO GRANDE

3.24 CEP: 50840000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2JC250VVR120816

7.1.4 Renavam: 00176923195

7.1.5 Placa: MZM3685

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 125 TITAN

7.1.9 Ano do Modelo: 1997

7.1.10 Ano de Fabricação: 1997

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO CLEANTE DE BESSA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: FRANCISCO ERINALDO VALENTIM PESSOA

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE O DECLARANTE/VÍTIMA TRANSITAVA PELA RUA AUGUSTO GOMES DE PAIVA, CONDUZINDO O VEÍCULO ACIMA QUALIFICADO, QUANDO AO DESVIAR DE UM BURACO NA PISTA DE ROLAMENTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E DESCEU O BARRANCO CAINDO LÁ EM BAIXO; QUE O DECLARANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO E LEVADO PARA A MATERNIDADE RAIMUNDO BESSA, EM TABOLEIRO GRANDE/RN, ONDE FOI SUBMETIDO AOS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS, CONFORME FICHA DE URGÊNCIA EM ANEXO; QUE O DECLARANTE/VÍTIMA FOI LEVADO PARA O HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE, EM PAU DOS FERROS ONDE FOI ATENDIDO CONFORME BOLETIM DE URGÊNCIA EM ANEXO. NADA MAIS.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 29/12/2020 09:38:48


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2201348 - ÍTALA MÁRCIA DE OLIVEIRA SILVA

Impresso por: 2201348 - ÍTALA MÁRCIA DE OLIVEIRA SILVA em 29/12/2020 09:38:52

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2020154000103 - Código de autenticação: 49474e97dd1a9c7a27b7a3b208191201

Página 11



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:53:25
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110532501700000093477946>
Número do documento: 23042110532501700000093477946

Num. 99005877 - Pág. 7
Pág. Total - 10

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **279.531.628-57** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco Erinaldo Valentim Pessoa**

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

5 - Nome completo: **Francisco Erinaldo Valentim Pessoa** 6 - CPF: **279.531.628-57**
7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **rua: Alexandre Soares** 9 - Número: **10** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Tabuleiro Grande** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59840-000**
15 - E-mail: **davidfreitas1972@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(84) 996562676**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3483** ☐ CONTA: **18341** ☐ 2 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(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 (vivasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Tabuleiro Grande-RN 29/12/2020**

*** FRANCISCO ERINALDO VALENTIM PESSOA**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 0000/2019



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 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0	 COSERN www.cosern.com.br Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -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 MARIA IZA PINTO CPF: 010.508.414-09 NIS: 16358287762	DATA DE VENCIMENTO 11/12/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 150,56	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/12/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/12/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 052221471 Série: U	CONTA CONTRATO 000264691010 Nº DO CLIENTE 3000173365 Nº DA INSTALAÇÃO 0001503171
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV ALEXANDRE SOARES 10 CENTRO/AREA URBANA 59840-000 TABOLEIRO GRANDE RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	
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		RESERVADO AO FISCO EEB8.E409.244E.E853.334F.4FA3.A513.5E8E	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL					
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,11529687	3,45		
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19765178	13,83		
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,29647768	35,57		
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	43,00	0,32941964	14,16		
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11313429	3,39		
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19394451	13,57		
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,29091676	34,91		
Consumo-TE superior a 220 kWh	43,00	0,32324085	13,89		
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,64		
ICMS-Parcela Subvencionada			8,93		
Multa por atraso-NF 050716510 - 05/11/20			2,83		
Juros por atraso-NF 050716510 - 05/11/20			0,32		
Atualização IGPM-NF 050716510 - 05/11/20			1,07		
Doação DIOCESE DE MOSSORÓ - 3314-7255			3,00		
TOTAL DA FATURA			150,56		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
134,41	18,00	24,19	134,41	1,32	1,77
					1,77
					6,07
					8,15

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,08602300	DEZ 20	263
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,14746800	NOV 20	268
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,22120200	OUT 20	261
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	0,24578000	SET 20	211
Consumo-TE até 30 kWh	0,08440950	AGO 20	191
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,14470200	JUL 20	240
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,21705300	JUN 20	241
Consumo-TE superior a 220 kWh	0,24117000	MAI 20	232
		ABR 20	237
		MAR 20	194
		FEV 20	165
		JAN 20	190
		DEZ 19	149

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
H976137	CAT	05/11/2020	24.852,00	04/12/2020	25.115,00	29	1,00000	0,00	263,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/01/2021									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	0,00	5,19	10,38	20,77	
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	3,30	6,60	13,20	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,94	0,00	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico	Limite DICRI: 12,22				
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 50,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

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



29/12/2020

2a Via de Fatura

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Acesse www.cosern.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000264691010	12/2020	150,56	11/12/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**AVISO IMPORTANTE!**

Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em terminais de Auto-Atendimento.

Comprovante do Cliente

Autenticação Mecânica

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A 001	Vencimento 11/12/2020	Agência/Cod.Cedente 3064-3/209344-8	Espécie R\$	Quantidade	Valor do Documento 150,56	(-)Desconto/Abatimento
(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(+) Outros acréscimos		Ficha do Caixa	Autenticação Mecânica
Nosso Número 32174760103958922	Nº do Documento 0503407275		(=) Valor Cobrado 150,56			

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A		001-9	00190.00009 03217.476013 03958.922175 1 84660000015056			
Local de Pagamento						Vencimento
PAGÁVEL NA REDE BANCÁRIA						11/12/2020
Cedente						Agência/Cod.Cedente
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE						3064-3/209344-8
Data Documento	Nº do Documento	Espécie	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número	
04/12/2020	0503407275		N	04/12/2020	32174760103958922	
Uso Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
	17	R\$			150,56	
Instruções 1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL. 2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL. 3-Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura. 4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária. 5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.						(-) Desconto/Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora/Multa p/dia de atraso
						(+) Outros acréscimos

oatendimento.cosern.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home-neoisuw-sap.com/public/frameset_top_html.jsp?j..._user=ucscmm&j_password=... 2/3



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:53:25
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110532501700000093477946>
 Número do documento: 23042110532501700000093477946

Num. 99005877 - Pág. 10
 Pág. Total - 13

29/12/2020

2a Via de Fatura

(=) Valor Cobrado
150,56

Sacado

MARIA IZA PINTO
010.508.414-09
O PAGAMENTO DESTA NOTA FISCAL/FATURA
DEVE SER FEITO SOMENTE EM ESPÉCIE

000264691010

Sacador/Avalista



Ficha do Caixa

Autenticação Mecânica



20/12/2020

2a Via de Fatura

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 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0	 COSERN www.cosern.com.br Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -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 CLAUDIA MARIA DA SILVA CPF: 045.149.354-09 NIS: 16046334463	DATA DE VENCIMENTO 16/12/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 89,76	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/12/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 09/12/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 052536005 Série: U	CONTA CONTRATO 000695275013 Nº DO CLIENTE 3000869699 Nº DA INSTALAÇÃO 0001286353
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ANTONIO GURJAO 1377 SAO GERALDO/AREA URBANA 59900-000 PAU DOS FERROS RN	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
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			
RESERVADO AO FISCO 3239.B694.623B.8958.F2CB.D44D.D1FA.5969			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL				
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,11529687	3,45	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19765178	13,83	
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,29647768	16,89	
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11313429	3,39	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19394451	13,57	
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,29091676	16,58	
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,68	
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,81	
ICMS-Parcela Subvencionada			7,56	
TOTAL DA FATURA			89,76	
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				
ICMS		PIS		COFINS
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
70,39	18,00	12,67	70,39	1,32
			0,92	6,07
			70,39	4,27

Tarifas Aplicadas
 Consumo-TUSD até 30 kWh 0,08602300
 Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,14746800
 Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh 0,22120200
 Consumo-TE até 30 kWh 0,08440950
 Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,14470200
 Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh 0,21705300

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
DEZ	20		157
NOV	20		73
OUT	20		153
SET	20		242
AGO	20		217
JUL	20		210
JUN	20		241
MAI	20		291
ABR	20		253
MAR	20		249
FEV	20		220
JAN	20		364
DEZ	19		311

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	27,12	38,53
Transmissão	3,20	4,55
Distribuição (Cosern)	17,31	24,59
Encargos Setoriais	0,53	0,75
Tributos	17,86	25,37
Perdas de Energia	4,37	6,21
TOTAL	70,39	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002180737033	CAT	10/11/2020	5.187,00	09/12/2020	5.344,00	29	1,00000	0,00	157,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/01/2021									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	PAU FERROS	0,00	10,44	20,88	41,76
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,44	14,89	29,79
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,58	0,00	0,00
Limite DICRI: 16,60					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,50					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de voce! ag correios paudalho: praça da matriz, centro / pointe celular: tv adolfo fernandes, 67, centroLista completa em www.cosern.com.br . O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. 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. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 42,78 . O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Acesse www.cosern.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.	NÍVEIS DE TENSÃO <table style="width: 100%; font-size: 0.8em;"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

UE AQUI

ITA CONTRATO

MÊS/ANO

TOTAL A PAGAR(R\$)

VENCIMENTO

TALÃO DE PAGAMENTO

1/2



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:53:25
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110532501700000093477946>
 Número do documento: 23042110532501700000093477946

Num. 99005877 - Pág. 12
 Pág. Total - 15

20/12/2020

2a Via de Fatura

000695275013	12/2020	89,76	16/12/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
838600000000 897600384008 695275013205 015728394438				Este canhoto será usado em leitora ótica.
				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.Pelo exposto, eu Cláudia Maria da Silvainscrito (a) no CPF/CNPJ 045.149.354/09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioFrancisco Erinaldo Valentin Pessoa inscrito (a) no CPF sob o Nº 279.531.628/57do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Erinaldo Valentin Pessoainscrito (a) no CPF sob o Nº 279.531.628/57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:Declaro Profissão: recusou-se Renda: recusou-se e apresento os documentos comprobatórios:☒ Recuso informarDeclaro 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: Antonio Gurjão</u>	Número:	<u>1377</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Alto São Geraldo</u>	Cidade:	<u>Pau dos Ferros</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59900-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(84) 996519142</u>

Local e Data: Pau dos Ferros-RN 29/12/2020

Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL MATERNIDADE RAIMUNDA BESSA

FICHA DE URGÊNCIA

NOME: <u>Francisco Eraldo Valentin Pessoa</u>		IDADE: <u>45 anos</u>		
CARTÃO DO SUS: <u>702606222022540</u>		DN: <u>15/03/1975</u> PRONTUÁRIO: _____		
COR: <u>M</u>	SEXO: <u>M</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	CONTATO: <u>R4 96 93 4.4 80</u> <u>more</u>	
NOME: DA MÃE: <u>Marina Iza Pinto</u>		NATURALIDADE: <u>Taboleiro Grande</u>		
ENDEREÇO: <u>AV: Alexandre Soares N: 10</u>		DATA: <u>27/09/2020</u> HORA/ENTRADA: _____		
APARENTEMENTE BOM: () REGULAR: () C/DISPNEIA: () CHOCADO: () COMOTOSO: () C/HEMORRAGIA: () EM CONVULÇÃO: () POLITRAUMATIZADO: () AGITADO: () OUTROS: ()				
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO				
ALEGA ALERGIA DE ALGUM MEDICAMENTO: () QUAIS: <u>Não Alergia</u>				
HISTORIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) <u>Set vítima de queda de mofoalço na</u> <u>1- 3m, atingindo pernas em queda.</u> <u>Set 1076.</u>				
EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFEÇÕES ENCONTRADAS: <u>hematomas na NIS e pernas</u> <u>em queda.</u>				
TA:	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:



AN: Trauma de Enforcamento

CO: Amotivo

- Voltear ohr - on OK
 - Aprender ohr ~~12345~~ C
 - S6 51. 500-1, 2, C
- } Delirium
- Obstrução
 - Ra de pcc. (de vaginal)

DBS: pat. com transtorno

Dr. Allyson Bessa
CRM-BN 9350
Médico





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL MATERNIDADE RAIMUNDA BESSA

FICHA DE URGÊNCIA

NOME:	Francisco Edmundo Valentin Bessa		IDADE:	45	
CARTÃO DO SUS:	702600222025140	DN:	15/03/1975	PRONTUÁRIO:	
COR:		SEXO:	M	ESTADO CIVIL:	
CONTATO:		()			
NOME: DA MÃE:	MARIA LUIZ PINTO		NATURALIDADE:		
ENDEREÇO:	R. Aníbal de Azevedo		DATA:	28/09/2020	HORA/ENTRADA
		Sobrellos, 10		18:36	
APARENTEMENTE BOM:() REGULAR:() C/DISPNEIA:() CHOCADO:() COMOTOSO:() C/HEMORRAGIA:() EM CONVULÇÃO:() POLITRAUMATIZADO:() AGITADO:() OUTROS:()					

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM	() NÃO
-------------------------------------	---------

ALEGA ALERGIA DE ALGUM MEDICAMENTO:() QUAIS:	
---	--

HISTORIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Pat C/ RX de joelho fratura de fêmur

EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS:

TA:	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:
-----	--------	-------------	--------------	-------



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Espinho Alto, Povoado Fátima, RN. Telefone: 841.3331 9342

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA		TEL:		Nº REG: 443911	
Nas 15/03/1975	Viúvo	AGRICULTOR	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☐ Nº		
Pai: JOSÉ VALENTIM		Mãe: MARIA ILZA PINTO			
Endereço: AV ALEXANDRE SOARES		10	CENTRO	TABOLEIRO GRANDE	RN
Responsável:				TEL:	
Endereço do Responsável:					

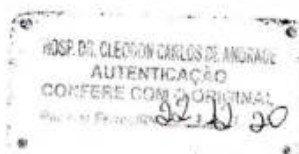
Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 27/09/2020	Hora admissão: 22:13	Data da Alta:	Hora da Alta:		
Dados Clínicos: PA:..... mmHg Pulso:..... Bpm Temp:..... FR.....					

Alega Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☐

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*pt. enfraquecida de início de morte
Apresenta lesões no antebraço
+ dor torácica*

Lesões ou afecções encontradas



DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

22:14

CRM

19/04



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Diferença de nível ^{de} L. I. m.

CONDUTA:

- Fais X Torex.
- Parar do odontólogo.
- Submeter ao + de 8000,



Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Luiz Vieira de Almeida
CRM/RN 1964
CPF: 203.093.484-15

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferecia: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo: _____





Oeste+Saúde

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

PACIENTE: FRANCISCO ERINALDO VALENTIM PESSOA

DT. NASC.: 15/03/1975

IDADE: 45 A

SOLICITAÇÃO: ALLYSON BESSA - CRM: 9350 RN

EXAME: RX SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)

PROTOCOLO: 27546

DT. EXAME: 28/09/2020

CONVÊNIO: PARTICULAR

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

ANÁLISE:

Sinais de fraturas na face, notadamente nos seios maxilares, ambos com velamento e formação de níveis líquidos, sugestivos de hemossinus. Nota-se no seio maxilar esquerdo sinais sugestivos de fraturas na parede anterior e lateral. No seio maxilar direito fraturas nas paredes lateral, anterior, medial e superior/orbitária inferior. Fratura também no osso zigomático direito. À critério clínico correlacionar com tomografia para melhor avaliação.

Seios frontais, células etmoidais e seio esfenoidal normoaerados, sem velamentos inflamatórios ou lesões expansivas no seu interior, com linhas mucoperiosteais conservadas.

Cavidades nasais livres.

Septo nasal ósseo com desvio à esquerda..

Dr. Túlio César Rêgo Gomes

Diretor Técnico

Clinica Médica/Radiologia

CRM/RN 6416 – RQE/RN 3123

(84) 2141-1962

(84) 9.9601-9702 ☎

oestemaissaude@gmail.com ✉

R. João Raulino da Costa, 329
Bairro Chico Cajá, Pau dos Ferros/RN
CEP: 59900-000





Centro de Diagnóstico e Tratamento

TOMOGRAFIA MULTISLICE

Rua Quintino Bocaiuva 699, Alto do Açude - Pau dos Ferros - RN Fone: (84) 3351-2368 / 3167 9622-5974

Nome do Paciente: **FRANCISCO ERINALDO V. PESSOA**
Paciente: 48983856 DN: 15/03/1975 Idade: 45 ano (s)
Data Exame: 30/09/2020 00:00 Exame: **TC FACE** Convênio: **SUS**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

TÉCNICA

Exame realizado em aparelho multislice com cortes axiais e posteriores reconstruções multiplanares, sem a administração de contraste endovenoso.

ACHADOS

Múltiplas fraturas em face bilateral, acometendo base da órbita e zigomático direito, mais notadamente as paredes inferolateral da órbita direita, parede lateral e anterior dos seios maxilares, algumas com cominuição e desvio entre os fragmentos, associados a espessamento mucoso dos seios maxilares bilaterais, com presença de edema e gás livre na região periorbitária direita, nos planos subcutâneos e musculares.

Pequena proptose à direita.

Cavidades frontais e esfenoidais septadas e normo-aeradas com recessos fronto e esfenotmoidais preservados.

Células etmoidais com aeração preservada e septos ósseos intercelulares íntegros.

Fóveas etmoidais simétricas e de boa profundidade.

Complexos ostiomeatais de aspecto anatômico.

Cornetos nasais de morfologia e dimensões normais.

Septo nasal íntegro e com leve desvio para esquerda.

Fossas pterigopalatinas sem alterações.

Coluna aérea da rinofaringe de calibre normal.

CONCLUSÃO

- Múltiplos traços de fratura, algumas cominutivas, acometendo a face bilateral, com achados descritos no corpo do laudo.

- Pequena proptose à direita.

- Septo nasal com pequeno desvio para a esquerda.

Laudo gerado: 05/10/2020 17:42. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: **Ebabqe**.

Thaís. Jácome R. Sarmento

Laudado Por:

Dra. Thaís Jácome R. Sarmento

CRM-RN 6417 / RQE - 3925

Radiologista

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

Validação



TODOS os laudos emitidos são arquivados digitalmente no nosso servidor para auditoria e segunda via.

Acessar o link no corpo do laudo para cópia FIEL do laudo. Utilizamos o sistema de teleradiologia <http://www.wbsrad.com.br>

Pág. 1 de 1



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 21/04/2023 10:53:25
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110532501700000093477946>
Número do documento: 23042110532501700000093477946

Num. 99005877 - Pág. 21

Pág. Total - 24



Oeste+Saúde

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

PACIENTE: FRANCISCO ERINALDO VALENTIM PESSOA
DT. NASC.: 15/03/1975 IDADE: 45 A
SOLICITAÇÃO: ALLYSON BESSA - CRM: 9350 RN
EXAME: RX TORAX - 1 INCIDENCIA (PA)

PROTOCOLO: 27930
DT. EXAME: 02/10/2020

CONVÊNIO: COPIRN

RADIOGRAFIA DE TORÁX PA

ANÁLISE:

PULMÕES: com transparência e padrão vascular normais, espessamento brônquico bilateral.

PLEURAS: livres, sem derrames ou espessamentos.

CÚPULAS FRÊNICAS: com disposição topográfica normal.

MEDIASTINO: anatômico, sem lesões aparentes ou desvios.

CORAÇÃO: de tamanho normal, segundo o índice cardiorádico, com contornos preservados.

ARCABOUÇO TORÁCICO: ossos focalizados de configuração anatômica e densidade normal.

PARTES MOLES: sem aparentes lesões expansivas, atenuação gasosa ou calcificações de perimeio.

Dr. Túlio César Rêgo Gomes
Diretor Técnico
Clínica Médica/Radiologia
CRM/RN 6416 - RQE/RN 3123

(84) 2141-1962
(84) 9.9601-9702 ☎
oestemaissaude@gmail.com ✉

R. João Raulino da Costa, 329
Bairro Chico Cajá, Pau dos Ferros/RN
CEP: 59900-000





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PÊRICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO II

FERNANDO GONCALVES VALERIANO PEREIRA

CATEGORIA DE IDENTIDADE

PLEGAR DIREITO










FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3210001008

Data da solicitação: 10/05/20221
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Francisco Erinaldo Valentin Pessoa

CPF do beneficiário: 279.531.628-57

Nome do solicitante: Francisco Erinaldo Valentin Pessoa

CPF do solicitante: 279.531.628-57

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (84) 996562676
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: davidfreitas1972@hotmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

Eu, venho através deste Solicitar uma reanalise do pedido de seguro DPVAT solicito que eu seja encaminhado a uma pericia medica para constatar as sequela decorridas do acidente em questão

Tabuleiro Grande-RN 10/05/20210

Local e Data

X FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Erinaldo Valentin Pessoa, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Data do Acidente 27-09-2020
Cobertura: Invalidez, portador(a) do RG 001.497.045, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 279.531.628-57, residente no(a)
rua: Alexandre Soares nº 10,
bairro: Centro, município: Tabuleiro Grande / RN.

OUTORGADO:

Nome: Cláudia Maria da Silva, brasileiro(a)
estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma, portador(a) do RG
002.271.344, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 045.149.354-09, residente
no(a) rua: Antônio Gurjão nº 1377,
bairro: Alto São Geraldo, município: Pau dos Ferros / RN.

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

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

Tabuleiro Grande-RN 29/12/2020

Local e Data

X FRANCISCO ERINALDO VALENTIM PESSOA

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001093/21

Vítima: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

CPF: 279.531.628-57

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2020

Titular do CPF: FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLAUDIA MARIA DA SILVA : 045.149.354-09

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

FRANCISCO ERINALDO VALENTIN PESSOA : 279.531.628-57

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: 04/01/2021
Nome: CLAUDIA MARIA DA SILVA
CPF: 045.149.354-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/01/2021
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

CLAUDIA MARIA DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA

