
Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190473834

Vítima: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190473834 Vítima: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Data do Acidente: 10/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190473834

Vítima: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190473834

Vítima: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190473834

Cidade: Pau dos Ferros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Data do acidente: 10/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: SEGUNDO DESCRITO EM PRONTUÁRIO ANEXO - DOR QUADRIL DIREITO + ESCORIAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES. PERICIADA, NESSA AVALIAÇÃO, TRAZ CÓPIA DO PRONTUÁRIO DO REFERIDO ATENDIMENTO EM QUE CONSTA NO VERSO DESCRITO: RAIÓ X DE BACIA AP/ MÃO D SEM FRATURAS. EM DOCUMENTAÇÃO ANEXA, CONSTA LAUDO MÉDICO, COM DATA DE 19/10/19, QUE DESCREVE SINTOMAS EM JOELHOS (CONDROMALACIA PATELAR BILATERAL). EM CÓPIA DO PRONTUÁRIO ANEXO DO ATENDIMENTO APÓS O ACIDENTE (DOCUMENTAÇÃO ANEXADA), NÃO CONSTA LESÃO ESPECÍFICAS EM JOELHOS (ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO: PUNHO E MÃO DIREITA SEM ALTERAÇÕES NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO OU FORÇA. QUADRIL: SEM LIMITAÇÕES AO EXAME.

Resultados terapêuticos: NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELECEER NEXO ENTRE A DESCRITA PATOLOGIA EM JOELHOS E O REFERIDO ACIDENTE. SEM OUTRAS SEQUELAS FUNCIONAIS COMPROVADAS NESSA AVALIAÇÃO PERICIAL.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 12/11/2019

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.901.134-77 Nome completo da vítima: Maria Sonária Pinto de Freitas

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

Nome completo: Maria Sonária Pinto de Freitas CPF: 066.901.134-77

Profissão: Recusado Endereço: Rua - Venâncio Filomeno de Freitas Lavaleante Número: 32 Complemento: lousa

Bairro: Parlamentares Cidade: Taboleiro Grande Estado: RN CEP: 59840-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (903) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5870 CONTA: 6759 ☒

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

TESTEMUNHAS

Local e Data: Taboleiro Grande RN 19/07/2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Sonária Pinto de Freitas

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Poupanca

Data: 01/07/2019 Term: 050933 N.Trans: 5204
Hora: 17:25

Valor: 

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 5870 / AP001

Conta: 0006/59-8

Titular 1: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Apos o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco,
Seu talao de cheques em segundos,
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Atto Bradesco

SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes

0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933

Atendimento de segunda-feira das



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190473834
Nome do(a) Examinado(a): Maria Sonaria Pinto de Freitas
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Vereador Filemon de Freitas Cavalcante, 52
Bairro dos Parlamentares Taboleiro Grande RN CEP: 59840-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.559.900
Data local do acidente: [10/05/2019]
Data local do exame: [12/11/2019] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
SEGUNDO DESCRITO EM PRONTUÁRIO ANEXO - DOR QUADRIL DIREITO + ESCORIAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES. PERICIADA, NESSA AVALIAÇÃO, TRAZ CÓPIA DO PRONTUÁRIO DO REFERIDO ATENDIMENTO EM QUE CONSTA NO VERSO DESCRITO: RAIOS X DE BACIA AP/ MÃO D SEM FRATURAS. EM DOCUMENTAÇÃO ANEXA, CONSTA LAUDO MÉDICO, COM DATA DE 19/10/19, QUE DESCREVE SINTOMAS EM JOELHOS (CONDROMALACIA PATELAR BILATERAL). EM CÓPIA DO PRONTUÁRIO ANEXO DO ATENDIMENTO APÓS O ACIDENTE (DOCUMENTAÇÃO ANEXADA), NÃO CONSTA LESÃO ESPECÍFICAS EM JOELHOS (ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES).
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CLÍNICO CONSERVADOR.
Data da Alta: 19/10/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO: PUNHO E MÃO DIREITA SEM ALTERAÇÕES NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO OU FORÇA. QUADRIL: SEM LIMITAÇÕES AO EXAME.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
(X) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | Região Corporal (Sequela): | | | Região Corporal (Sequela): | | |
|----------------------------|------------------|-------------------|----------------------------|------------------|-------------------|
| % do dano: | () 10% residual | () 25% leve | % do dano: | () 10% residual | () 25% leve |
| () 50% médio | () 75% intensa | () 100% completo | () 50% médio | () 75% intensa | () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Elizabeth Filard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
4ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAU DOS FERROS/RN
Rua José Meirelles Ponchet, 151 - São Benedito - CEP 59.900-000 - fone/fax (84)3351-9650

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 746/2019.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO (colisão)

Local: BR 405, próximo ao Motel Classe- Pau dos Ferros/RN

Data e hora do fato: 10/05/2019, às 09h e 40min

COMUNICANTE/VÍTIMA 1: FRANCISCO MAECIO DE FREITAS PINTO.

Endereço: Si Tigre 182- zona rural de Taboleiro Grande/RN

Filiação: Jeova Limeira Pinto e Alvanir de Freitas Pinto.

Naturalidade: Itau/RN Data de Nascimento: 11/11/1984

Documento: RG nº 002.626.776 SSP/RN

Profissão: agricultor Estado Civil: solteiro Grau de instrução: Ensino fundamental incompleto

Tel.(84) 9 9676-8672

VÍTIMA 2: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

Endereço: Rua: Vereador Filemon de Freitas Cavalcante, 52- Taboleiro Grande/RN

Filiação: Jeova Limeira Pinto e Alvanir de Freitas Pinto

Naturalidade: Riacho da Cruz/RN Data de Nascimento: 04/12/1985

Documento: RG nº 002.559.900 SSP/RN

Profissão: Do lar Estado Civil: solteira Grau de instrução: Ensino fundamental incompleto

Tel.(84) 9 9811-7216

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO ENVOLVIDO:

ESPÉCIE/TIPO: MOTOCICLETA

PLACA: NNK 7290/RN

ANO/MOD: 2008/2008

RENAVAN:001171114570

CONDUTOR (A): COMUNICANTE/VÍTIMA.

MARCA/MOD: HONDA/CG 150 TITAN KS

CHASSI Nº 9C2KC08R305544.

COR: AZUL

PROPRIETÁRIO: FRANCISCO SHEGIKIUEKI DE FREITAS PINTO

HISTÓRICO: Nesta data por volta das 10h e 00min compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil a pessoa do comunicante/vítima 1 acima qualificado, o qual DISSE: QUE na data, local e horas supra citada, estava guiando a motocicleta acima mencionado, levando como passageira a vítima 2, acima qualificada, pela referida via, quando repentinamente outro veículo tipo motocicleta, cor vermelha (sem mais características) adentrou repentinamente a BR; QUE não teve como o comunicante desviar da outra moto e acabou por colidir frontalmente; QUE com a colisão o comunicante/vítima 1 e vítima 2 caíram ao solo; QUE em seguida foram socorridos para Hospital Regional de Pau dos Ferros/RN por uma equipe do SAMU; QUE no hospital foi constatado na vítima 1 e vítima 2 escoriações pelo corpo. QUE a comunicante/VÍTIMA 1 e vítima 2 se responsabilizam civil e criminalmente pelo completo teor deste Boletim, o qual afirmam ser de total veracidade, inclusive, apresentou nesta Unidade policial documentação que comprovam o atendimento das vítimas na unidade hospitalar e do SAMU.

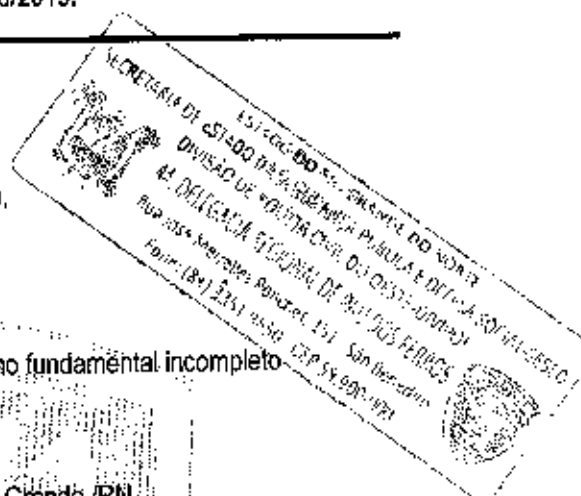
n: Registro do Boletim de Ocorrência.(Certidão).

Pau dos Ferros (RN), 21 Maio de 2019.

Francisco Maecio de Freitas Pinto
Comunicante/vítima 1

Maria Sonaria Pinto de Freitas
vítima 2

Andréilson B. da Rocha
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 170.182-7
Servidor mat. 170.182-7



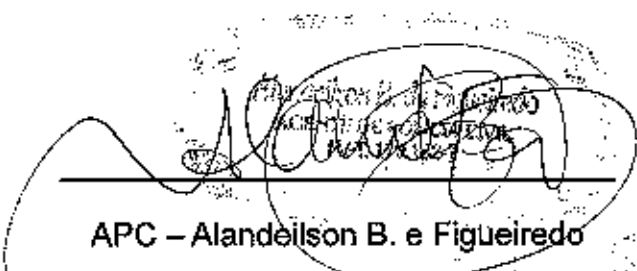
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPDCIM
4ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAU DOS FERROS/RN
Rua José Meirelles Ponchet, 151, São Benedito, CEP 59900-000, Fone/Fax: (84)3351-9650

ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 746/2019.

Eu, Alandeilson Batista de Figueiredo, Agente de Polícia Civil, mat. 170.182-7, lotado na 4ª Delegacia Regional de Polícia Civil deste município de Pau dos Ferros-RN, no uso de minhas atribuições legais, adito o seguinte: No campo **CHASSI Nº:** onde se lê 9C2KC08R305544, **LEIA-SE:** 9C2KC08108R305544.

Para todos os fins de direito o referido é verdade e dou fé.

Pau dos Ferros-RN, 27 de junho de 2019.


APC – Alandeilson B. e Figueiredo

Mat.170.182-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	066.901.134-77	Maria Sonaria Pinto de Freitas
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Maria Sonaria Pinto de Freitas	066.901.134-77	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusado	Rua - Verendo Filomen de Freitas Cavalcante	52
Bairro:	Cidade:	Estado:
Parlamentares	Taboleiro Grande	RN
E-mail:	CEP:	
	59840-000	
	Id.(DDD):	

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 5870 ☐ CONTA: 6759 ☐ (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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 acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 comprovarem 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.

Assinatura
cópia de
vítima ou
beneficiário
de alta/curado

Local e Data: Taboleiro Grande RN 19/07/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Sonaria Pinto de Freitas
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizana, Pau dos Ferros RN, Telefone (84) 3331 - 9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS	TEL:	Nº REG: 414114			
Nas 04/12/1985	3-Feminino	Casado	AGRICULTORA	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	002559900
Pai: JEOVA LIMEIRA PINTO	Mãe: ALVANI DE FREITAS PAIVA PINTO				
Endereço: JOSE JOAQUIM	83	TABULEIRO GRANDE	RN		
Responsável: CNS701 0048 9617 3298	TEL:				
Endereço do Responsável: FONE98381866					

Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:	
Admissão: 10/05/2019	Hora admissão: 12:26	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):

paciente refere de cair de bicicleta

Lesões ou afecções encontradas

Dor em quadril + Edema

em MFI

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 10:46

CRM

RECIBO RECEBIDO 12 AGO 2019

TERRA DO SOL ADM. CORRETORA DE SEGS.

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

Pau dos Ferros/RN 19.05.19



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Merinoz, 160, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ: 08.324.198/0001-81 | Insc. Est. 20085199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

CPF: 068.901.134-77 NIS: 16412515608

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

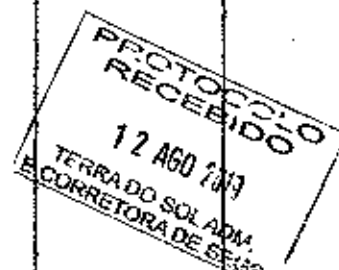
RUA VEREADOR FILEMON DE FREITAS
CAVALCANTE 52

BAIRRO DOS PARLAMENTARES/ÁREA URBANA
TABOLEIRO GRANDE RN
59840-000

Nº DA Fatura Fiscal	SERIE	DATA DE EMISSÃO
028040413	ÚNICA	05/06/2019
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CANCELAMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
05/06/2019	3010788741	24/06/2019

CONTA CONTRATO	Nº DA Fatura
7008641069	05/2019
DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA ANTERIOR
13/05/2019	05/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	84,26

DESCRIÇÃO DA NOTAFISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,22109818	6,63
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37902641	26,53
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	71,0000000	0,58659813	40,36
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,29
ICMS-Parcela Subvencionada			7,00
Multa por atraso-NF 020716748 - 08/03/19			1,29
Juros por atraso-NF 020716748 - 08/03/19			0,82
Atualização ICM-PM-NF 020716748 - 08/03/19			1,24



TOTAL DA FATURA

84,26

HISTÓRICO DE CONSUMO							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
2140429072	CA3	05-04-2019	9.833,00	06-05-2019	9.984,00	31	1,00000
							CONSUMO (KWH)
							171,00

HISTÓRICO DE CONSUMO				COMPOSIÇÃO DE PREÇOS				COMPOSIÇÃO DE CONSUMO			
Mês/ano kWh				BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO		Descrição de Energia	R\$		
MAI 19	171			ICMS	75,61	18,00	15,08	T. transmissão	R\$	27,19	38,83%
ABR 19	151			PIS	73,04	1,33	0,98	T. distribuição (Cooper)	R\$	3,93	3,97%
MAR 19	140			COFINS	73,04	6,71	4,50	Perdas de Energia	R\$	18,45	26,00%
FEV 19	145							Encargos de Energia	R\$	4,95	6,71%
JAN 19	180							Energia Setorial	R\$	1,69	2,07%
DEZ 18	154							Provisões	R\$	19,76	26,42%
NOV 18	100							Total	R\$	73,81	100%
OCT 18	154										
SET 18	150										
AGO 18	151										
JUL 18	139										
JUN 18	144										
MAR 18	153										

643U 2941 8462 FAC7 E104 BC00 785A E9D2

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE
 RUANERMOZ, 15B, BALDO,
 NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
 CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.195/0001-81
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20056199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

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: 0000 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

DEBORA SONALI PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 287.618.534-34 NIS: 16008181314

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DEPUTADO DALTON CUNHA 199

PEQUEIRA URBANA

59700-000 APODI 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

01/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

64,63

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

026536576

Situação

CONTA CONTRATO

000523806017

Nº DO CLIENTE

3000612812

Nº DA INSTALAÇÃO

0000055728

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

81F5.E198.A5B7.687F.9D8F.53B7.470D.CE05

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,22217612	6,66
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,38087338	26,66
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	22,00	0,57131002	12,56
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,10
Contrib. Ilum. Públicas Municipais			12,50
IGMS-Parcela Subvencionada			5,31
Multa por atraso-NF 023580141 - 03/05/19			0,85
Juros por atraso-NF 023580141 - 03/05/19			0,04
Atualização IGPM-NF 023580141 - 03/05/19			0,03
Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,08
TOTAL DA FATURA			64,63

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
45,98	18,00	8,27	45,98	1,11	0,51	48,98	5,09	2,34

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,16840250
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28570205
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43706300

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo	Valor	Consumo	Valor
JUL 18	122	JUL 18	106
JUN 19	137		
MAR 19	107		
ABR 19	99		
MAR 19	121		
FEV 19	122		
JAN 19	122		
DEZ 18	101		
NOV 18	106		
OUT 18	109		
SET 18	115		
AGO 18	113		
JUL 18	106		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor	%
Geração de Energia	17,35	27,70
Transmissão	1,64	4,00
Distribuição (Cosern)	11,51	23,25
Encargos Financeiros	0,27	2,31
Tributos	11,42	24,19
Perdas de Energia	3,53	9,75
TOTAL	45,98	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO RECORRER	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA

00000000070172593 CAT 04/08/2019 19.951,00 04/07/2019 19.713,00 30 4.000,00 0,00 122,00

12 AGO 2019
 TERRA DO SOL ADM.
 E CORRETORA DE SEGS

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APLICADO	MÉDIA ANUAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA MENSAL
Jul/2019					
DC-Não horas sem energia	0,00	5,19	10,24	20,77	
DC-Não de vezes sem energia	0,00	3,30	6,60	13,20	
DC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,94	0,00	0,00	
DC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCRC: 12,22
DC-Valor do Encargo de Uso - R\$ 16,63					

Este consumidor pode solicitar a suspensão dos índices DC (DC, DC, DC, DC e DC) a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e souza de oliveira: apodi, centro / supermercado de tudo: apodi, bicentenario lista completa em www.cosern.com.br.
 O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
 Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. 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% (Res 414/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 10.438 de 28/04/02 - R\$ 35,60.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

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
000523806017	07/2019	64,63	01/08/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
 Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838600000000 646300384005 523808017202 012339129933



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 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/BIBLIOTECABEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Darcia Felfeia Jacinto de Oliveira
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.186.414 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Maria Sonora Pinto de Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.901.134 / 77
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Maria Sonora Pinto de Freitas
inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.901.134 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

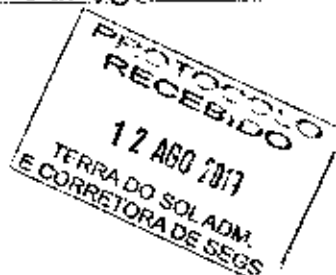
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>República Altton Cunha</u>	Número: <u>198</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Peque</u>	Cidade: <u>Apodi</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59400-000</u>	Tel. (DDD): <u>8409091334320</u>

Local e Data: Apodi/RN 19/06/19

Darcia Felfeia Jacinto de Oliveira
Assinatura do Declarante



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 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

Eu, Francisco Sérgio Kireki de Freitas Pinto
RG nº 002.918.373, data de expedição 20/10/2006
Órgão SSP, portador do CPF nº 085.332.234.12
com domicílio na cidade de Taboleiro Grande, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Tigre, nº 185,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Maria Sonária Pinto de Freitas, cujo o condutor era
Francisco Marcos de Freitas Pinto
Veículo: motocicleta Modelo: Nonda/CG 150 TITAN KS Ano: 2008
Placa: NNK 7290 Chassi: GC2KCO8108R305544
Data do Acidente: 10/05/2019

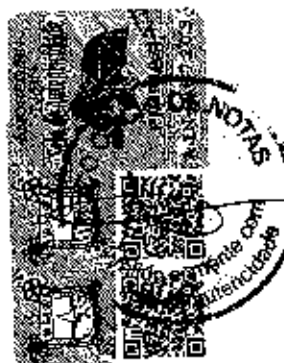
Local e Data:

Taboleiro Grande/RN 19/06/19

Francisco Sérgio Kireki de Freitas Pinto
Assinatura do Declarante

Francisco Marcos de Freitas Pinto
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECONHECIMENTO	
Reconheço verdadeira(s) a(s) firma(s) <u>assinatura do</u>	<u>condutor</u>
<u>assinatura</u>	<u>assinatura</u>
Em testemunho, <u>assinatura</u> da verdade	
Taboleiro Grande/RN 19 de 06 de 2019	
<u>assinatura</u>	
CPF 010 108 024 20	
Tábata S. S. S.	





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizana, Pau dos Ferros RN, Telefone (84) 3331 - 9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS	TEL:	Nº REG: 414114			
Nas 04/12/1985	3-Feminino	Casado	AGRICULTORA	Cert.nasc. ☐ Título ☐ CPF ☐ RG ☒ Nº	002559900
Pai: JEOVA LIMEIRA PINTO	Mãe: ALVANI DE FREITAS PAIVA PINTO				
Endereço: JOSE JOAQUIM	83	TABULEIRO GRANDE	RN		
Responsável: CNS701 0048 9617 3298	TEL:				
Endereço do Responsável: FONE98381866					

Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:	
Admissão: 10/05/2019	Hora admissão: 12:26	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):

paciente refere de cair de bicicleta

Lesões ou afecções encontradas

Dor em quadril + Edema

em MFI

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 10:46

CRM

RECIBO RECEBIDO 12 AGO 2019

TERRA DO SOL ADM. CORRETORA DE SEGS.

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

Pau dos Ferros/RN 19.05.19



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
MUNICÍPIO DE TABOLEIRO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

Receituário Médico

p/ Manoel Sanonio Pinho de Freitas
Luanda Medus

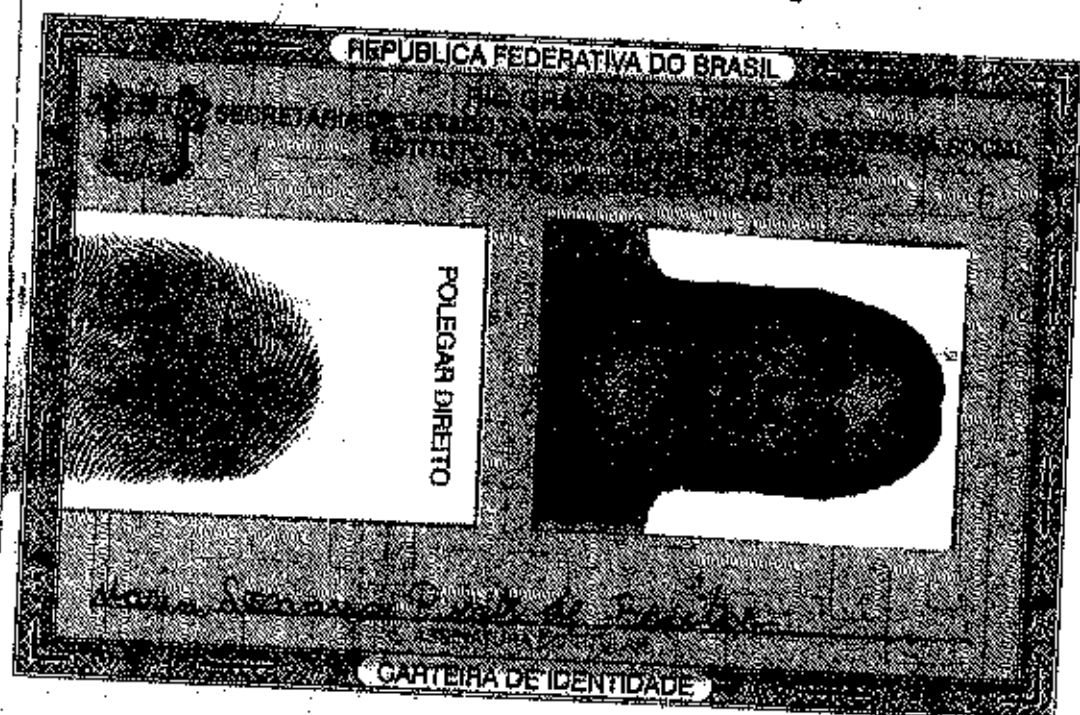
Alergia para os derivados de leite que
o paciente manifestou por vômitos de anidre
de leite há 05 meses (SIC) querendo
de defamidade - sendo devido
de do do vírus em arbo
febre e ceptor de encefalite
de condromelose por lesão
e o mesmo refere que antes de anidre
nao apresentava mais sintomas. Exame -
realizado por alguns meses para
melhora de autoconhecimento

CRM: M22.2
M25.5

Dr. Fábio Roberto A. de Lima
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM 7036 TST: 14816

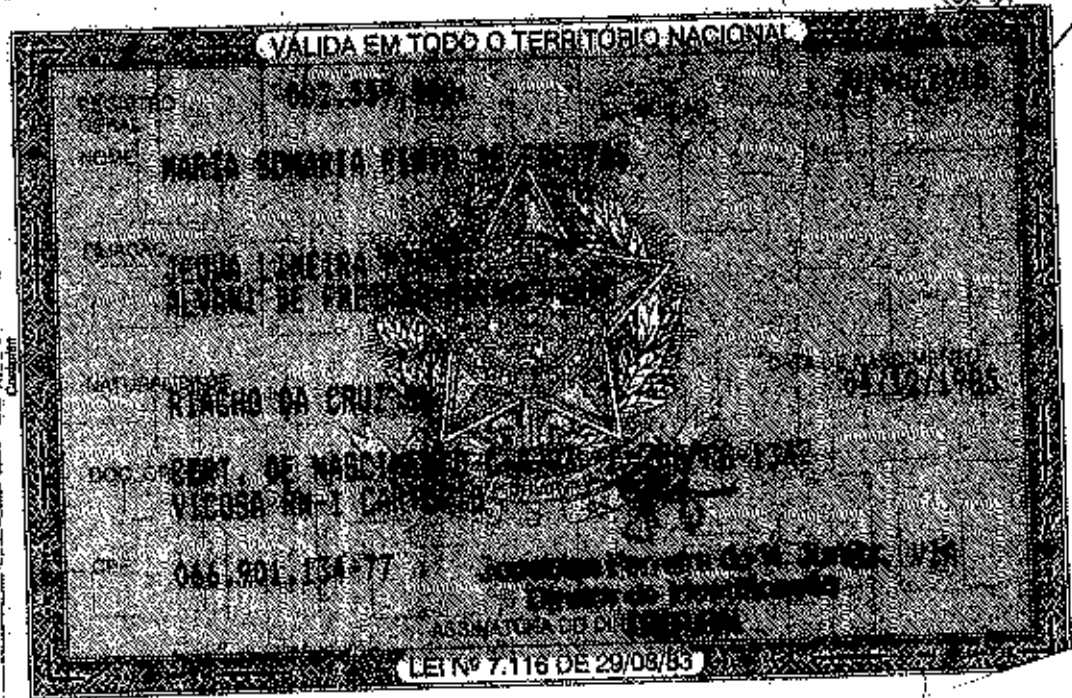
Médico CRM

Data 13/10/13



V. Lima

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 460 707
TERRA DO SOLAR
E CORRETORA DE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO
 CADEIA NACIONAL DE HABITACAO

NOME
 DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA



DOC IDENTIFICADORA DO TITULO
 002970373 RN

CM DATA NASCIMENTO
 017.185.414-00 20/04/1995

ENDENCO
 DEUSAMAR JACINTO
 DEBORA SONALI FERREIRA
 DE OLIVEIRA

PERSONALIDADE
 ACC
 1-2

Nº REGISTRO
 7042090051
 VALIDADE
 27/07/2016
 EXPIRACAO
 27/07/2016

Observações

Darcia Felicia Jacinto de Oliveira

LOCAL
 RECOT, RN DATA EMISSAO
 27/07/2016

72439045505
 RN702447838

7042090051

VALIDADE DO TITULO
 27/07/2016
 1284090051

PROTOCOLO DE HABITACAO
 1284090051

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 12 AGO 2013
 TERRA DO SOL ADM
 E CORRETORA DE SEGS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **013710947137**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 0017114570 RN TFC: EXERCÍCIO: 2019

NOME: FRANCISCO SHELIARUETI DE FREITAS LINTO

OFF / CNPJ: 085.332.234-12 PLACA: MNK7290

PLACA ANT. / UF: MNK 280 / RN CHASSI: 9C2K08108R305544

ESPÉCIE/TIPO: PASSADISTO/VEICULO DE TRAVESSIA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN XS ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CAP. POT. / CV: 149 CILINDROS: 2 CATEGORIA: PANTOMAR COR PRINCIPAL: AZUL

COTA ÚNICA: R\$ 11,00 VENC. COTA ÚNICA: 22/08/2018 VENC. COTAS:

1ª: PAGO 2ª: PAGO 3ª: PAGO

FAIXA LPVA: 002807-5X PARCELAMENTO / COTAS: R\$ 11,00

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *** LICENCIAMENTO DETRAN PAGO *** DATA DE PAGAMENTO: 15/07/2018

PRÊMIO TOTAL (R\$): *** DEVATIF PAGO ***

OBSERVAÇÕES: MOTOR: EC09E18305544

TARIFÁRIO: 0017114570

DATA: 15/07/2018

LEI: Edmarcio Machado Pereira
DIRETOR GERAL

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº **013710947137** BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

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

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 19/07/2018

VIA: 1 GPF / CNPJ: 085.332.234-12 PLACA: MNK7290

RENAVAM: 0017114570 MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN XS

ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008 CHASSI: 9C2K08108R305544

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): 10% (SERVIDOR PÚBLICO)

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.249.809/0001-03

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 AGO 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274837/19

Vítima: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

CPF: 066.901.134-77

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/05/2019

Titular do CPF: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA : 017.186.414-00

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

MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS : 066.901.134-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019
Nome: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA
CPF: 017.186.414-00

DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274837/19

Número do Sinistro: 3190473834

Vítima: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

CPF: 066.901.134-77

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 04/11/2019
Nome: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA
CPF: 017.186.414-00

DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA