



Número: **0801112-94.2021.8.20.5112**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **12/05/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Processo referência: **Dpvat**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS (AUTOR)			BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES (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
99005878	21/04/2023 10:56	Petição	Petição
99006580	21/04/2023 10:56	2824198_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros documentos



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

Processo: 08011129420218205112

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 **MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS**, 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:

Inicialmente, 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 10:56:30
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110563092600000093477947>
Número do documento: 23042110563092600000093477947

Num. 99005878 - 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 10:56:30
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042110563092600000093477947>
Número do documento: 23042110563092600000093477947

Num. 99005878 - 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, 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

Carta nº 14710491

Pag. 01361/01362 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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

Pag. 00283/00284 - carta_03 - INVALIDEZ

00030142



Carta nº 14739060





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, 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

Pag. 00415/00416 - carta_02 - INVALIDEZ

00070208



Carta nº 15077656





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, 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

Pag. 00305/00306 - carta_04 - INVALIDEZ

00060153



Carta nº 15108272



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: 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).

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 Sonora 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 Sonora Pinto de Freitas CPF: 066.901.134-77

Profissão: Recusado Endereço: Rua Vereador Filomeno de Freitas Laveleante Número: 52 Complemento: 6000

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 (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5870 CONTA: 6759 8

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do 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 (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 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.

Local e Data: Taboleiro Grande RN 19/04/2023

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Sonora 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 da preenchimento e assinatura.

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

FPS-001 V001/2018





BDN - Bradesco Dia e Norte
Deposito Conta Poupanca

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

Valor: 

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 5070 / APUD

Conta: 0006759-8

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.

Após 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.



Alo 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 Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190473834
Nome do(a) Examinado(a): Maria Sonária 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 (CONDROMALÁCIA 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. Nexa 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" ☒ (X) "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Elizabeth Fillard Tongio
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 Tabuleiro 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 Pilemon de Freitas Cavalcante, 52- Tabuleiro 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: Dolar 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 SHEGIAKUEKI 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

Mandelson B. de F. Albuquerque
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 170.182-7
Servidor mat. 170.182-7



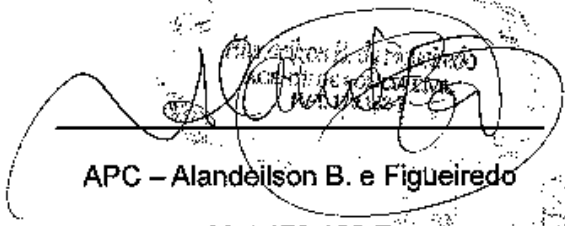
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPDCIM
4ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAU DOS FERROS/RN
Rua José Meirelles Ponchet, 151, São Benedito, CEP 59900-000, Fone/Fax: (84)3351-9650

ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 746/2019.

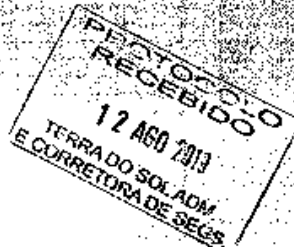
Eu, Alandeilson Batista de Figueiredo, Agente de Polícia Civil, mat. 170.182-7, lotado na 4ª Delegacia Regional de Polícia Civil deste município de Pau dos Ferros-RN, no uso de minhas atribuições legais, adito o seguinte: No campo **CHASSI** Nº: onde se lê 9C2KC08R305544, **LEIA-SE:** 9C2KC08108R305544.

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: ☐ D&M (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 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: **Maria Sonaria Pinto de Freitas** CPF: **066.901.134-77**

Profissão: **Recusado** Endereço: **Rua Venâncio Filomeno de Freitas Lavaleante** Número: **32** Complemento: **Casa**

Bairro: **Parlamentares** Cidade: **Taladeiro 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).

DADOS CADASTRAIS

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 (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5870** CONTA: **6759** **B**

(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.

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 da data 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 8.194/74, 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 filho(s) nascido(s) (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Fallecidos: _____

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.

Assinatura do representante legal da vítima ou beneficiário: **Maria Sonaria Pinto de Freitas**

Local e Data: **Taladeiro Grande RN 19/04/2021**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Boqueirão Antônia, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS	TEL:	Nº REG: 414114
Nas 04/12/1985	3-Feminino	Casado
AGRICULTORA	Cert.nasc. ☐ Titulo ☐ 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 sofreu queda de altura de 10 metros

Lesões ou afecções encontradas

Dor no quadril L.D + Edema
em M.F.I

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 10:46

PI/10

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 10.438, de 28/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE

Rua Marinho, 160, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20058199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

CPF 066 901 134-77 NIS: 16412515608

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

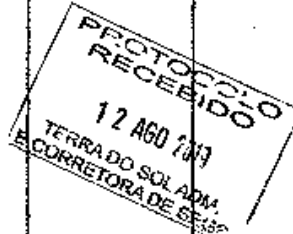
RUA VEREADOR FILEMON DE FREITAS
CAVALCANTE 52

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

Nº DA Fatura Final	Unidade	Data de Emissão
023640413	ÚNICA	08/06/2019
ASSINATURAS		
08/06/2019	30110788741	2408298

Nº DA CONTRATAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO
7008641069	05/2019
13/05/2019	05/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
84,26	

DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,22109618	6,63
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	76,0000000	0,37902641	28,53
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	71,0000000	0,56653813	40,36
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,29
ICMS-Parcial Subvencionada			7,00
Multa por atraso-NF 020715748 - 08/03/19			1,29
Juros por atraso-NF 020715748 - 08/03/19			0,82
Atualização IGP-M-NF 020715748 - 08/03/19			1,24



TOTAL DA FATURA

84,26

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
2190128972	CA	05-04-2019	9.823,00	08-05-2019	9.984,00	34	1,00000		171,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			COMPARATIVO DE PREÇOS			COMPARATIVO DE PREÇOS		
Mês/Consumo kWh			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	Descrição do Imposto	R\$	%
MAR 19 171			ICMS	74,81	19,00	Tributação	R\$ 2,83	3,37%
ABR 19 157			PIS	73,81	1,23	Obrigações (Contrib)	R\$ 18,45	26,00%
MAR 19 140			COFINS	73,81	6,11	Perdas de Energia	R\$ 4,95	6,71%
FEV 19 145						Energia Setorial	R\$ 1,69	2,07%
JAN 19 180						Impostos	R\$ 19,76	28,42%
DEZ 19 154						Total	R\$ 23,81	100%
NOV 19 108								
OUT 19 154								
SET 19 150								
AUG 19 151								
JUL 19 139								
JUN 19 144								
MAR 19 153								

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,16485079
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,38260135
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 0,62390203

643U 2041 0462 FAC7 E704 BC00 785A E9D2



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																																																																																											
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUANERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 06.324.385/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20056199-0		 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: 6090 727 0167 - Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																																																																											
DADOS DO CLIENTE DEBORA SONALI PEREIRA DE OLIVEIRA CPF: 297.616.634-34 NIS: 16009181314		DATA DE VENCIMENTO 01/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 64,63																																																																																																									
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DEPUTADO DALTON CUNHA 199 PEQUEIRA URBANA 59700-000 APODI RN		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 025538578 Série: 0																																																																																																									
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		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																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,22217612</td> <td>6,66</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh</td> <td>70,00</td> <td>0,38087338</td> <td>26,66</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh</td> <td>22,00</td> <td>0,57131002</td> <td>12,56</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>0,10</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Públicas Municipais</td> <td></td> <td></td> <td>12,50</td> </tr> <tr> <td>ICMS-Parceira Subvencionada</td> <td></td> <td></td> <td>5,31</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 023580141 - 03/05/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,85</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 023580141 - 03/05/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,04</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 023580141 - 03/05/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,03</td> </tr> <tr> <td>Bônus INPU - art 21 da Lei 10.438/2002</td> <td></td> <td></td> <td>1,08</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>64,63</td> </tr> </tbody> </table>	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	ICMS-Parceira 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 INPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,08	TOTAL DA FATURA			64,63	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo até 30 kWh</td> <td>0,16440150</td> <td>JUL 18</td> <td>132</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh</td> <td>0,28370203</td> <td>JUN 19</td> <td>137</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh</td> <td>0,43705705</td> <td>MAR 19</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>ABR 19</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>MAR 19</td> <td>121</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>FEV 19</td> <td>132</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>JAN 19</td> <td>122</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>DEZ 18</td> <td>101</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>NOV 18</td> <td>106</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>OUT 18</td> <td>109</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>SET 18</td> <td>115</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>AGO 18</td> <td>113</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>JUL 18</td> <td>606</td> </tr> </tbody> </table>			Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo até 30 kWh	0,16440150	JUL 18	132	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28370203	JUN 19	137	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43705705	MAR 19	107			ABR 19	29			MAR 19	121			FEV 19	132			JAN 19	122			DEZ 18	101			NOV 18	106			OUT 18	109			SET 18	115			AGO 18	113			JUL 18	606
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																																																																																																								
ICMS-Parceira 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 INPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,08																																																																																																								
TOTAL DA FATURA			64,63																																																																																																								
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																																									
Consumo Ativo até 30 kWh	0,16440150	JUL 18	132																																																																																																								
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28370203	JUN 19	137																																																																																																								
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43705705	MAR 19	107																																																																																																								
		ABR 19	29																																																																																																								
		MAR 19	121																																																																																																								
		FEV 19	132																																																																																																								
		JAN 19	122																																																																																																								
		DEZ 18	101																																																																																																								
		NOV 18	106																																																																																																								
		OUT 18	109																																																																																																								
		SET 18	115																																																																																																								
		AGO 18	113																																																																																																								
		JUL 18	606																																																																																																								
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Descrição de Energia</th> <th>R\$</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Transmissão</td> <td>17,33</td> <td>26,70</td> </tr> <tr> <td>Distribuição (Cosern)</td> <td>1,84</td> <td>2,83</td> </tr> <tr> <td>Energias Perdas</td> <td>11,51</td> <td>17,80</td> </tr> <tr> <td>Tributos</td> <td>0,97</td> <td>1,50</td> </tr> <tr> <td>Recursos de Energia</td> <td>11,82</td> <td>18,29</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>43,47</td> <td>67,22</td> </tr> </tbody> </table>				Descrição de Energia	R\$	%	Transmissão	17,33	26,70	Distribuição (Cosern)	1,84	2,83	Energias Perdas	11,51	17,80	Tributos	0,97	1,50	Recursos de Energia	11,82	18,29	TOTAL	43,47	67,22																																																																																			
Descrição de Energia	R\$	%																																																																																																									
Transmissão	17,33	26,70																																																																																																									
Distribuição (Cosern)	1,84	2,83																																																																																																									
Energias Perdas	11,51	17,80																																																																																																									
Tributos	0,97	1,50																																																																																																									
Recursos de Energia	11,82	18,29																																																																																																									
TOTAL	43,47	67,22																																																																																																									
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45,96</td> <td>18,00</td> <td>8,27</td> <td>1,11</td> <td>0,61</td> <td>5,09</td> </tr> </tbody> </table>				ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	45,96	18,00	8,27	1,11	0,61	5,09																																																																																						
ICMS		PIS		COFINS																																																																																																							
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%																																																																																																						
45,96	18,00	8,27	1,11	0,61	5,09																																																																																																						
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TÍPO DE FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> <th>CONSUMO</th> <th>ADJUSTE</th> <th>CONSUMO kWh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000070172593</td> <td>CAT</td> <td>04/08/2019 19.051,00</td> <td>04/07/2019 18.733,00</td> <td>30</td> <td>0,00</td> <td>185,00</td> </tr> </tbody> </table>				NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO kWh	00000000070172593	CAT	04/08/2019 19.051,00	04/07/2019 18.733,00	30	0,00	185,00																																																																																										
NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO kWh																																																																																																					
00000000070172593	CAT	04/08/2019 19.051,00	04/07/2019 18.733,00	30	0,00	185,00																																																																																																					
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APLICADO</th> <th>META YENAL</th> <th>META YENAL</th> <th>META ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Jul/2019</td> </tr> <tr> <td>DC-No de horas sem energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>5,19</td> <td>10,28</td> <td>20,57</td> </tr> <tr> <td>FC-No de vezes sem energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>3,30</td> <td>6,60</td> <td>13,20</td> </tr> <tr> <td>IMC-Interrupção momentânea</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>2,94</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Limite DIARI: 12,22</td> </tr> <tr> <td colspan="6">LIMITE-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,63</td> </tr> <tr> <td colspan="6">O consumidor pode solicitar a suspensão da medição às DI, F, S, S, S e DIARI a qualquer tempo.</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META YENAL	META YENAL	META ANUAL	Jul/2019						DC-No de horas sem energia		0,00	5,19	10,28	20,57	FC-No de vezes sem energia		0,00	3,30	6,60	13,20	IMC-Interrupção momentânea		0,00	2,94	0,00	0,00	Limite DIARI: 12,22						LIMITE-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,63						O consumidor pode solicitar a suspensão da medição às DI, F, S, S, S e DIARI a qualquer tempo.																																																													
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META YENAL	META YENAL	META ANUAL																																																																																																						
Jul/2019																																																																																																											
DC-No de horas sem energia		0,00	5,19	10,28	20,57																																																																																																						
FC-No de vezes sem energia		0,00	3,30	6,60	13,20																																																																																																						
IMC-Interrupção momentânea		0,00	2,94	0,00	0,00																																																																																																						
Limite DIARI: 12,22																																																																																																											
LIMITE-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,63																																																																																																											
O consumidor pode solicitar a suspensão da medição às DI, F, S, S, S e DIARI a qualquer tempo.																																																																																																											
INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																																																																																											
Pague no ponto mais perto de você e edite de Oliveira; apod, centro / superm tem de tudo; apod, bicentenario lista 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 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. Pago, em atraso por multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% (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\$ 35,60. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.																																																																																																											
NÍVEIS DE TENSÃO																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>				TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	220	202		MÁXIMO		231																																																																																														
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)																																																																																																										
	MÍNIMO																																																																																																										
220	202																																																																																																										
	MÁXIMO																																																																																																										
	231																																																																																																										
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																																											
TALÃO DE PAGAMENTO																																																																																																											
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.																																																																																																											
DESTAQUE AQUI																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CONTA CONTRATO</th> <th>MÊS/ANO</th> <th>TOTAL A PAGAR (R\$)</th> <th>VENCIMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000523806017</td> <td>07/2019</td> <td>64,63</td> <td>01/08/2019</td> </tr> </tbody> </table>				CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	000523806017	07/2019	64,63	01/08/2019																																																																																																
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO																																																																																																								
000523806017	07/2019	64,63	01/08/2019																																																																																																								
838800000000 646300384005 523808017202 012339129933																																																																																																											
																																																																																																											
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																																											





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP¹.

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 Invóluculo 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:

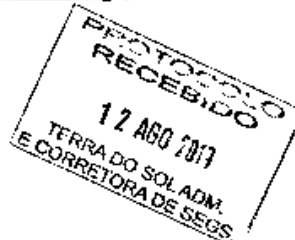
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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>República Adilton 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>84</u> <u>909135320</u>

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

Darcia Felfeia Jacinto de Oliveira
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 Kiseki 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: Honda/CG 150 TITAN KS Ano: 2008
Placa: NKK 7290 Chassi: GC2KCO8108R305544
Data do Acidente: 10/05/2019

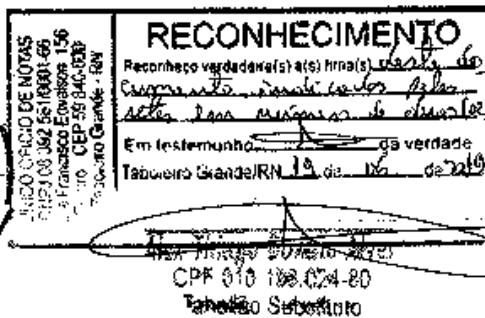
Local e Data:

Taboleiro Grande/RN 19/06/19

Francisco Sérgio Kiseki 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)





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Boqueirão Antônia, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS	TEL:	Nº REG: 414114
Nas 04/12/1985	3-Feminino	Casado
AGRICULTORA	Cert.nasc. ☐ Titulo ☐ 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 sofreu queda de altura de 10 metros

Lesões ou afecções encontradas

Dor no quadril L.D + Edema
em M.F.I

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 10:46

PI/10

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 TÁBOLEIRO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

Receituário Médico

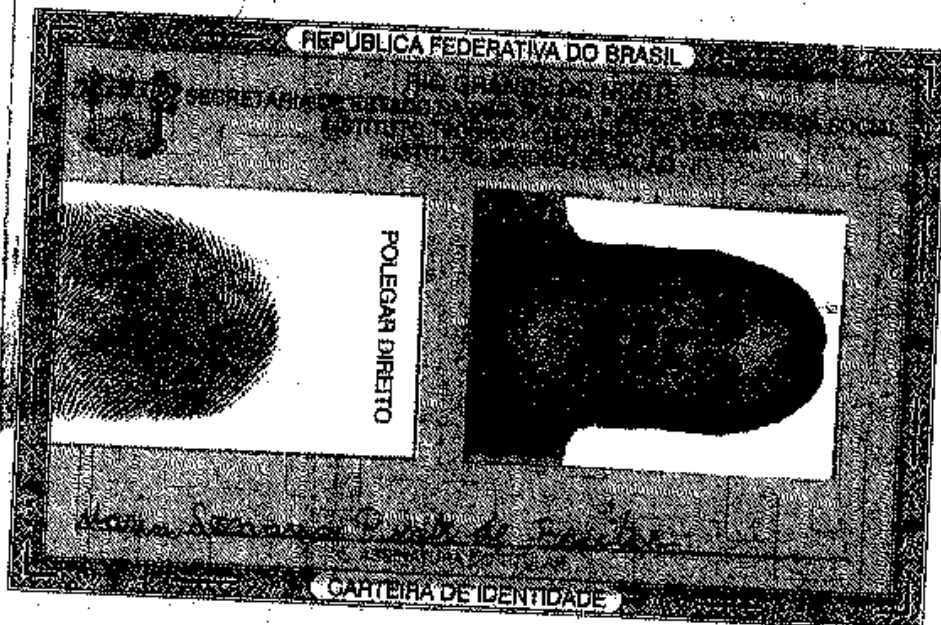
P/ Moris Sanoio Rinaldo de Freitas
Luanda Medeiros

Atendo para os devidos fins que
o paciente apresenta por volta de 10 anos
de idade há OS nervos (SIC) querendo
deixar de fumar e beber muito
deu de dor crônica em ambos
braços e pernas com grande dificuldade
de condicionar a rotina laboral
(o mesmo refere que antes de admitir
na empresa não tinha problemas). Encaminhado
para avaliação médica para
melhora de autoconhecimento
CRM: M22.2
M25.5

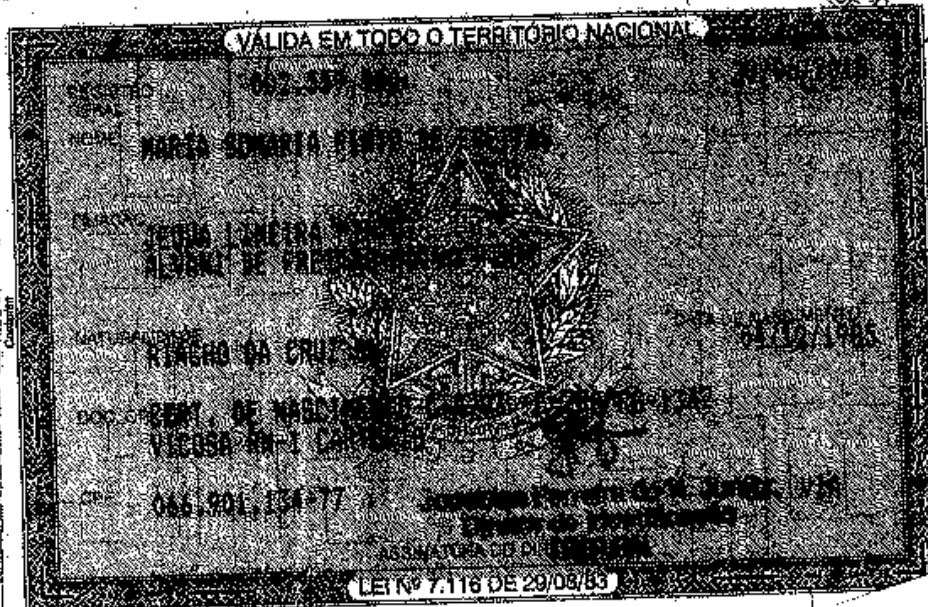
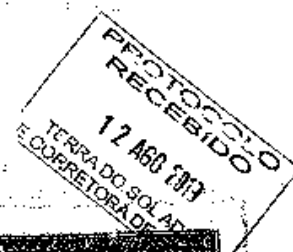
Data 13/10/13

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





V. Lima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO
 FUNDAÇÃO NACIONAL DE HABITACAO

NOME: **DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA**

DOC IDENTIFICACAO: **002970373** ISS: **180** RN: **180**

CPF: **017.185.414-00** DATA NASCIMENTO: **10/04/1955**

END: **DEUSAMAR JACINTO**

DEBORA SONALI FERREIRA DE OLIVEIRA

PERMISSAO: **180** ACC: **180** PAVILAO: **180**

Nº REGISTRO: **002970373** VALIDADE: **10/04/2016** DATA EMISSAO: **27/07/2016**

Observações:

Darcia Felicia Jacinto de Oliveira

LOCAL: **APOL, RN** DATA EMISSAO: **27/07/2016**

72439845505
 RN702447538

PROTOCOLADO
 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: 00117114570 RNTTC: EXERCÍCIO: 2018

NOME: FRANCISCO SHEIMAKOUBI DE FREITAS LENTO

CPF/CNPJ: 085.332.234-12

PLACA: NNU7290

PLACA ANT./UF: NNU-280/RN

CHASSI: 9C3K08108R305544

RENDAIMENTO: 150 KM/LITRO COMBUSTÍVEL: GASOLINA

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

CAT. PBT/CL: 150/140 CILINDRADA: 149 CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: R\$ 11,00 VENC. COTA ÚNICA: 22/09/2018 1ª COTA: PAGO

FAIXA LTV: 3x PARCELAMENTO/COTAS: 2ª COTA: PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): *** LICENCIAMENTO DETRAN PAGO *** DATA DE PAGAMENTO: 02/09/2018

OBSERVAÇÕES: MOTOR: KC09E13305544

RECEBIDO: 02/09/2018

ASSINADO: LUIZ EDUARDO MACHADO FERRAZ

DETRAN - RN Nº 013710947137

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: 2018 DATA EMISSÃO: 19/07/2018

VIA: 1 CPF/CNPJ: 085.332.234-12 PLACA: NNU7290

RENDAIMENTO: 150 KM/LITRO MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB: 2008 COR: 9 CHASSI: 9C3K08108R305544

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): IMPOSTO DE SELLO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.805/0001-01

PROTÓTIPO
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/05/2019

Titular do CPF: MARIA SONARIA PINTO DE FREITAS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

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

