
Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034157

Vítima: CRISTIANO FARIAS DA SILVA

Data do Acidente: 23/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CRISTIANO FARIAS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **CRISTIANO FARIAS DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **260**

Agência: **000001**

Conta: **000011260382-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034157 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANO FARIAS DA SILVA **Data do acidente:** 23/10/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Christiano Pereira da Silva

0001

11260382-0

Nu Pagamentos (0260)

Quer saber mais sobre a
conta do Nubank? Dê uma
olhada no blog do Nubank
e tire suas dúvidas.

COMO A



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 031.402.864-14 4 - Nome completo da vítima: Cristiano Farias da Silva

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

5 - Nome completo: Cristiano Farias da Silva 6 - CPF: 031.402.864-14
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua São José 9 - Número: 46 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Amarante 12 - Cidade: São Gonçalo do Amarante RN 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59296-629
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (84) 99134-3028 (84) 99806-1091

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECURSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO 260-MU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 112603820
(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
30 - Vítima deu ou nasceu? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Gonçalo do Amarante 18-12-2020 -

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) [Assinatura]

43 - Assinatura do Procurador (se houver) [Assinatura]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00083139/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/12/2020 12:50:22 Data/Hora Fim: 14/12/2020 13:00:17

Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 23/10/2020 19:20 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: São Gonçalo do Amarante (RN)

Bairro: NOVO AMARANTE

Logradouro: AVENIDA TOMAZ LANDIM

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CRISTIANO FARIAS DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 01/03/1978	Idade 42
Profissão: Pedreiro			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Natal - RN	
Nome da Mãe: Maria Lucia Farias		Nome do Pai: Francisco Braz da Silva	

Documento(s)

CPF: 031.402.864-14

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Logradouro: R S José

Bairro: Amarante

Telefone: (84) 98725-1854 (Celular)

Nº: 46

CEP: 59.296-629

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 720.941.094-53
Placa MYK9F66	Renavam 00936125144
Número do Motor JC30E78018989	Número do Chassi 9C2JC30708R018989
Ano/Modelo Fabricação 2008/2007	Cor PRETA
UF Veículo RN	Município Veículo Natal
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Situação Melo Empregado, Envolvido	Última Atualização Denatran 26/05/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Cristiano Farias da Silva	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00083139/2020

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE/VÍTIMA COPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA VINDO DO TRABALHO PARA CASA, E AO DERRAPAR NA PISTA, VEIO A Desequilibrar e cair e sofrer lesões conforme BAA DE NÚMERO 47597/2020, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO.
NADA MAIS DISSE

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 170.234-3
Responsável pelo Atendimento

Cristiano Farias da Silva
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que delibei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 031.402.864-14 4 - Nome completo da vítima: Cristiano Farias da Silva

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

5 - Nome completo: Cristiano Farias da Silva 6 - CPF: 031.402.864-14

7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua São José 9 - Número: 46 10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Amarante 12 - Cidade: São Gonçalo do Amarante RN 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59296-629

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (84) 99134-3008 (84) 99806-1091

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- RECURSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO 260 - NÚ PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 11260382
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Gonçalo do Amarante 18-12-2020

+ Cristiano Farias da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Memes, 136 - São José, Natal - RN, CEP 58129-250
 CNPJ 08.354.199-0001-91 | Tel: (51) 2005129-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JOSÉ SILVA MARTINS DE MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA SÃO JOSÉ 45

CPF: 813.471.824-53

AMARANTE/ÁREA URBANA
 SAO GONCALO DO AMARANTE RN
 58260-029

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 Monofásico

CONTA CONSUMIDOR	PERÍODO
0634218017	11/2020
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
16/11/2020	08/12/2020
VALOR A PAGAR (R\$)	
57,80	

CONTA DE ENERGIA	UNIDADE	DATA DE VENCIMENTO
050544938	URBANA	08/11/2020

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR A PAGAR (R\$)
09/11/2020	08/12/2020	130,73

RESUMO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo kWh (KWh)-TUSD	66.000000	0,39447827	26,00
Consumo kWh (KWh)-TE	66.000000	0,31585380	20,91
Contrib. Sem. P.úblico Municipal			12,84
TOTAL DA FATURA			57,80

Nº DO MÊS ANTERIOR	TIPO DA FUSÃO	DATA (M/D/AN)	ANTERIOR (KWh)	LEITURA (KWh)	DETA (KWh)	ATUAL (KWh)	LEITURA (KWh)	F. DE CORR. DISC.	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWh)
10/20									1,000%		66,00

PERÍODO	VALOR DE CANCELAMENTO	%	VALOR DO IMPORTE	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
NOV/20	44,54	16,00	6,32	Transmissão	R\$ 7,11	4,55%
OUT/20	44,54	16,00	6,32	Distribuição (Cosern)	R\$ 11,41	21,38%
NOV/20	44,54	1,00	0,47	Perdas de Energia	R\$ 2,90	6,41%
AGO/20	44,54	1,00	2,16	Energia Solarizada	R\$ 2,43	6,45%
AGO/20	44,54	1,00	2,16	Tributos	R\$ 10,74	20,84%
				Total	R\$ 44,54	100%

Atenção: Este boleto é emitido em nome do titular da conta de energia elétrica. O valor a pagar é de R\$ 57,80 (cinquenta e sete reais e oitenta centavos). O prazo de validade é de 90 dias. O valor a pagar deve ser depositado em uma das contas bancárias indicadas no boleto. O valor a pagar deve ser depositado em uma das contas bancárias indicadas no boleto. O valor a pagar deve ser depositado em uma das contas bancárias indicadas no boleto.

ATENÇÃO A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Devedor	Valor	Valor	Devedor	Valor
1.000,00	1234	500,00	2.000,00	5678	750,00

Se você possui contas em aberto, favor regularizar antes de pagar este boleto. O valor a pagar é de R\$ 57,80 (cinquenta e sete reais e oitenta centavos). O prazo de validade é de 90 dias. O valor a pagar deve ser depositado em uma das contas bancárias indicadas no boleto.

TIPO DE TENSÃO	LIMITE NORMAL (KWh)	LIMITE DE VARIACAO (KWh)
B1	0,50	3,00
B2	0,50	2,50
B3	0,50	2,00
B4	0,50	1,50

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA JULIA DE LIMA
CPF: 289.018.604-06

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BRASÍLIO CAMILO 122 -FT

ANEQUIM/ÁREA URBANA
59173-000 GOIANINHA 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

09/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

67,07

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

02/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

043058998

Série: U

CONTA CONTRATO

007001931380

Nº DO CLIENTE

3010187214

Nº DA INSTALAÇÃO

0002134177

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6A49.8ED5.4EBD.1D19.0FA2.8930.8E49.8C78

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	88,00	0,33419947	29,40
Consumo Ativo(kWh)-TE	88,00	0,32922572	28,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,67
Multa por atraso-NF 039948186 - 02/04/20			1,13
Juros por atraso-NF 039948186 - 02/04/20			0,52
Atualização IGPM-NF 039948186 - 02/04/20			0,38
TOTAL DA FATURA			67,07

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
58,37	18,00	10,50	58,37	1,03	0,60	58,37	4,77	2,78

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Recv	Valor
11/05/20	02/06/20	69,85

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,25466500
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25087500

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo	Período	Valor (kWh)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	JUN 20	88
Consumo Ativo(kWh)-TE	MAI 20	92
	ABR 20	96
	MAR 20	84
	FEV 20	83
	JAN 20	92
	DEZ 19	82
	NOV 19	80
	OCT 19	65
	SET 19	71
	AGO 19	68
	JUL 19	57
	JUN 19	84

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	RS	%
Geração de Energia	26,65	35,27
Transmissão	2,28	3,91
Distribuição (Cosern)	14,37	24,42
Encargos Setoriais	3,34	5,72
Tributos	13,88	23,78
Perdas de Energia	3,85	6,60
TOTAL	38,37	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000002190527479	CAT	04/05/2020	802,00	02/06/2020	890,00	29	1,00000	0,00	88,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		abr/2020			
DIG-No.de horas sem Energia	GOIANINHA	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,41					
Tudo Consumidor pode solicitar a atualização dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios gongogi: rua professor tiburcio, centro / livraria e papelaria nossa sen: rua manoel claudio bezerra, 377, unaLista 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 Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007001931380	06/2020	67,07	09/06/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

838600000000 670700384072 001931380209 014128711132



Evite dobrar, furar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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 à sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 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 COAF³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcandes Bernardino de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354/80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cristiano Farias da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.402.864/14

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Trans. da Vítima Cristiano Farias da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.402.864/14, 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>Rua Brasilício Camilo</u>		Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anequim</u>	Cidade: <u>Goianinha</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59173-000</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): <u>(84) 99806-1091</u> <u>(84) 99134-3008</u>	

Local e Data: São Gonçalo do Amarante 18-12-2020

Marcandes Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante



Paciente: **191073 CRISTIANO FARIAS DA SILVA** Sexo: Masculino
Nascimento: 01/03/1978 **Idade:** 42 ano(s) 7 mes(es) 2 **Natural:** RN NATAL
CNS: _____ **CPF:** 03140286414 **Cor:** PARDA **Prof:** _____
Mãe: MARIA LUCIA FARIAS **Pai:** FRANCISCO BRAZ DA SILVA
Endereço: RUA SAO JOSE, 46 - AMARANTE - SAO GONCALO DO AMARANTE
Cidade: RN SAO GONCALO DO AMARANTE **CEP:** 59296-629 **Telefone:** (84) 87251854

BOLETIM Nº: **47597/2020** **Sala Inicial:** **ORTOPEDIA, CONSULT - VERDE - 120 Min**
Triagem: 23/10/2020 22:24 **Admissão:** 23/10/2020 22:28 **Boletim:** 23/10/2020 22:32

Motivo: LUXAÇÃO ARTICULAR **Origem:** AMBUL. INTERIOR
Queixa: TRAUMA EM PUNHO DIREITO - ENCAMINHADO COM RX
Observação:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho? Sim Não **Profissão e Empresa:** _____
Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: Sim Não
paciente alega queda de moto com trauma no punho direito. APRESENTA FRATURA LUXAÇÃO. SOL INTERNAÇÃO

Alergia: _____
Medicação em uso: _____

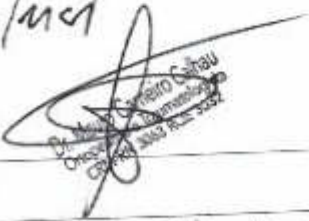
EXAME FÍSICO

DEFORMIDADE E DOR

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 17/11/20
MAT. Nº. 182773
SAME

ASSINATURA

Solicito exames :

Tela axilopulm


Profissional: MAURO CARNEIRO CALHAU **CRM:** RN 3063

Saída: () Liberação Médica; () Revela; (X) Internação; () Óbito c/Declar; () Óbito SVO/ITEP; () Transferido para: _____
Data e Hora da Saída: 23/10/2019 _____ **Médico:** _____


Dr. Mauro Carneiro Calhau
Otorrinolaringologista
CRM-RN 3063 R.C.E. 3022

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
 Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
 CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **191073 CRISTIANO FARIAS DA SILVA**

CNS: _____ Nascimento: 01/03/1978

Sexo: Masculino

Prontuário: _____

Cor: PARDA

Mãe: MARIA LUCIA FARIAS

Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA

Endereço: RUA SAO JOSE, 46 - AMARANTE - SAO GONCALO DO AMARANTE

Fone: 87251854 /

Município: SAO GONCALO DO AMAR/ Código Municipal IBGE: _____

241200 UF: RN

CEP: 59296-629

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 39994 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE ALEGA ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO. APRESENTA DEFORMIDADE E DOR. RX FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO FECHADO. ALIMENTOU-SE HA 2 HORAS. ENC AO CC

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
 TRATAMENTO CIRURGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
 RX E SEMIOLOGIA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO*408020245. REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes Hipertensão Obesidade

Faz Antibioticoterapia

Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

Mauro Carneiro Calhau
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN 3063 RCE 2022

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 23/10/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
 () Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
 () Acidente de Trabalho Trajeto
 Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização:



SÃO CAMILO
Hospital Maternidade
Belarmina Monte

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Crístiano Farias de Sá

Paciente apresentando fratura em
punho direito evidenciada em RX.

Paciente clinicamente estável e
hemodinamicamente estável.

Regido em poliquimioterapia de WG.

PA 135x88

sat 98

FC 79.

Dr. Dr. N. dos Santos
Médico
CRM/RN 9451

com

23/10/2020

Regido com Dica Espirite.

Rua Coronel Estevam Moura, 237 - Centro - Fone (84) 3278-2234
São Gonçalo do Amarante - RN

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 17/11/20
MAT. Nº. 182-173
SAME
CF
ASSINATURA



SÃO CAMILO
Hospital Maternidade
Belarmina Monte

REGULAÇÃO INTER-HOSPITALAR

NOME COMPLETO Arturiano Lemos do Rêo

DN: 01/03/1978

NOME DA MÃE: Maria Lúcia Lemos do Rêo

ENCAMINHADO AO HOSPITAL REFERENCIADO: Hospital Welfredo Gurgel

PROCEDIMENTO SOLICITADO OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:
fratura pura do O

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () INCONSCIENTE () CONFUSO;

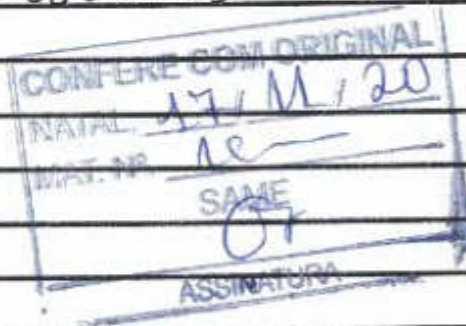
DISPOSITIVOS: () AVP () CVC () IOT () SVD () SNE;

TIPO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA SIMPLES () AMBULÂNCIA UTI;

DADOS CLÍNICOS:

Paciente refere trauma em pura do.

PA: 135 x 88 yet 98 e FC 79 G 15



REGULAÇÃO REALIZADA VIA: celular

HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 21:30

TELEFONE: (84) _____

REGULADO POR: _____

NOME DO RESPONSÁVEL DO HOSPITAL DE DESTINO: Dra. Geziela

E-MAIL: _____

SIST. DE REGULAÇÃO: _____

REGULAÇÃO ACEITA SIM N° CHAVE: _____

() NÃO / MOTIVO: _____

Data: 23/10/2008

[Signature]
Médico CRM 9451

Enfermagem/COREN

Rua Coronel Estevam Moura, 237 - Centro
Tel.: (84)3278-2234 - CNPJ: 60.975.737/0065-16
São Gonçalo do Amarante/RN - CEP 59.290-000

Paciente: 191073 - CRISTIANO FARIAS DA SILVA
FIA: 4-10517/2020
Idade: 42 ano(s) 7 mes(es) e 23 dia(s)
Prescrição Nº: 1
Hospital / Unidade: WG - PS - ORTOPEDIA
Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1202176
Peso:
Data Internação: 23/10/2020 22:45
Início Validade: 24/10/2020 00:04 até 25/10/2020 18:59
Quarto / Leito: 1 - 1010
Médico Resp.: 237-MAURO CARNEIRO CALHAU

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

24/10/2020 00:04:55 - FRATUR-LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO
ESTAVEL, EUPNEICO E AFEBRIL
APTO PARA TRANSFERENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - DÍPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Diluição: 8 ml ABD	1	AMP	IV	6h/6h	1:30	06:15-18
3 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML Diluição: 100ml SF0,9%	1	AMP	IV	8h/8h		06:14-22
4 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	24h/24h	1:30	
5 - OMEPRAZOL 20 MG	2	CAP	VO	24h/24h		
6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N vômitos \ náuseas Diluição: 18ml ABD	1	AMP	IV	8h/8h		
7 - DEXAMETASONA, FOSFATO DISSODICO 4MG/ML 2,5 ML Diluição: 50ml SF0,9%	1	AMP	IV	24h/24h		18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
8 - SSV + CCGG						

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 17/11/20
MAT. N. SAHE
ASSINATURA

AMARO ALVES
CRM-5439/RN

24/10/2020
Por a fratura de punho fractado. está
st. quer...
deixa...
Prescritos...
em casa...
afastado...
encontros...

Dr. Rodrigo José F. Cabral
CRM/RN 6046 SBOT-14.525

HOSPITAL MONSENHOR VILFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10517 /2020

Prontuário: 1202176

Paciente: 191073 - CRISTIANO FARIAS DA SILVA

Cartão SUS:

CPF: 03140286414

Dt Nasc: 01/03/1978

Idade: 42 anos 7 meses 22 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA LUCIA FARIAS

Nome do pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA

Rua/Av: SAO JOSE

Nº:46

Complemento:

Bairro: AMARANTE

CEP: 59296629

Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

Telefone: 84 87251854 84 87251854

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1010

Responsável: CRISTIANO FARIAS DA SILVA -

Usuário: GISONILDO PEREIRA

Admissão: 23/10/2020 22:45:56	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:
-------------------------------	-------	--------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.6 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA] 408020245 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 17/11/20
MAT. Nº 12345
SANE
05
ASSINATURA

NATAL, 23 de Outubro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Instituição: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Solicitante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **191073 CRISTIANO FARIAS DA SILVA**

CNS: Nascimento: 01/03/1978

Sexo: Masculino

Prontuário:

Cor: PARDA

Mãe: MARIA LUCIA FARIAS

Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA

Endereço: RUA SAO JOSE, 46 - AMARANTE - SAO GONCALO DO AMARANTE

Fone: 87251854 /

Município: SAO GONCALO DO AMARANTE Código Municipal IBGE:

241200 UF: RN

CEP: 59296-629

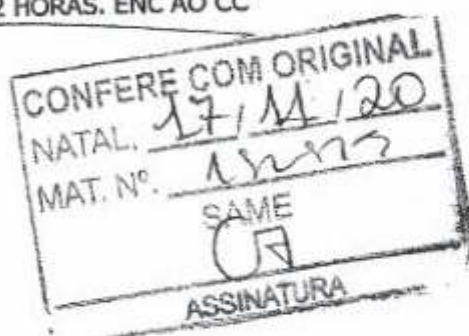
Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 39994 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE ALEGA ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO. APRESENTA DEFORMIDADE E DOR. RX FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO FECHADO. ALIMENTOU-SE HA 2 HORAS. ENC AO CC

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRURGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E SEMIOLOGIA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO*408020245.REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes Hipertensão Obesidade

Faz Antibioticoterapia

Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

Dr. Mauro Carneiro Calhau
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 3063 RCE 3952

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 23/10/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPLUMAMENTO NACIONAL DE TRAFEGAR
CARTILHA DE PERMITESSA DE CONDUTORA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1760741813



NOME: MARCOSES BERNARDINO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 1996734 SSP RN

CPE: 061.069.354-80 DATA NASCIMENTO: 29/11/1982

PLAÇAÇÃO: PEDRO BERNARDINO DE SOUZA MARTA JOSE DE LIMA

PERMISSÃO: CAT. HAB: 03

REGISTRO: 03349753108 VALIDADE: 28/04/2024 HABILITAÇÃO: 06/08/2004

OBSERVAÇÕES

marcoses Bernardino de Souza

PROIBIDO PLASTIFICAR
1760741813

ASSINATURA DO PORTADOR: *marcoses Bernardino de Souza*

LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 29/04/2019

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Signature]*

17654910521
RN705613984

RIO GRANDE DO NORTE

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 07.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

REGISTRO 126.24812.64-6

NÚMERO 0766312

SERIE 0040

RF RN

Cristiano Farias da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



TOUPO LAZ DIREITA



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



CRISTIANO FARIAS DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO BRAZ DA SILVA

MARIA LUCIA FARIAS

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 01/03/1978

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE NATAL RN

DOCUMENTO: C | 001513003 28082009 SSP/RS RN

LEI Nº 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 001 402 854-14

CPF: 023442341643

TIT. ELEITOR: 023442341643

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RN - 04/04/2012

ZONA: 51

Cristiano Farias da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MACIAGEM

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MACIAGEM

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MACIAGEM

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MACIAGEM

LEGENDA

(-) CASAMENTO (-) DIVÓRCIO (-) RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE (-) DATA DE NASCIMENTO
(*) SELECIONADO (*) SELECIONADO (-) MUDANÇA DE NOME

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN

DETRAN - RN
25023004/2019

Nº 014996368400
61049209503

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 2 RUA DE NOME AVENIDA RUA RODOVIÁRIO ENTRADA Nº 11111111111111111111

CLAUDIA REGINA DA SILVA
AV CHICO BRUNO, 5
A NOSSA SENHORA DO APARECIMENTO
59.114-274

720.341.004 PLACA
RJK9F66

ROSENILDO VIANA

CHASSI Nº 8YK5566/RN CHASSI Nº 3G2JC30702RN18969

ESPECÍFICO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TAN ANO FAB. / ANO MOO: 2007 / 2008

CAPACIDADE: 0CV/124 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: PRETA

OBSERVAÇÕES

NOTA: 0230370018969
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
GUARDE EM LOCAL SEGURO

NATAL/RN DATA: 23/10/2019

DETRAN

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Cristiano Farias da Silva	
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pedreiro	
IDENTIDADE: 001.679.003	CPF: 031.402.864-74
ENDEREÇO: Rua São José Nº 46 São Gonçalo do Amarante	

OUTORGADO

NOME: Marcenades Bernardino de Souza	
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Moto Boy	
IDENTIDADE: 1996734	CPF: 061.089.354-80
ENDEREÇO: Rua Brasilício Camilo Nº 122 Gaianinha	

DATA DO ACIDENTE: 23-10-2020. COBERTURA: Invalididez Total.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

São Gonçalo do Amarante 18-12-2020.
LOCAL E DATA

* Cristiano Farias da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031375/21

Vítima: CRISTIANO FARIAS DA SILVA

CPF: 031.402.864-14

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 23/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CRISTIANO FARIAS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

CRISTIANO FARIAS DA SILVA : 031.402.864-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/01/2021
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA