



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

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373249

Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 13/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190373249 **Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 13/04/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

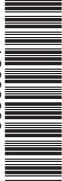
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENT

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000030771-6

Nr. da Autenticação A1485816AE9BC960

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA LEVE DE MUSCULATURA DE BRAÇO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ELEVAÇÃO PERFAZENDO 130 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA. EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO PERFAZENDO 20 GRAUS, FLEXÃO 30 GRAUS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO BEM FIXADAS COM PLACAS E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/07/2019

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO - FIO DE KIRSCHNER -

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS DE REFERÊNCIA PARA ANÁLISE - 20/ 21/ 23/ 25/ 27/ 28/
LESÃO COMPLEXA NO MEMBRO SUPERIOR.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA LEVE DE MUSCULATURA DE BRAÇO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ELEVAÇÃO PERFAZENDO 130 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA. EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO PERFAZENDO 20 GRAUS, FLEXÃO 30 GRAUS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO BEM FIXADAS COM PLACAS E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/07/2019

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373249 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 13/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO - FIO DE KIRSCHNER -

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS DE REFERÊNCIA PARA ANÁLISE - 20/ 21/ 23/ 25/ 27/ 28/
LESÃO COMPLEXA NO MEMBRO SUPERIOR.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196796/19

Vítima: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO N/

CPF: 751.668.604-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2017

Titular do CPF: FRANCISCO CANINDE
RODRIGUES DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS : 090.505.304-43

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

FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO : 751.668.604-20

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: 10/06/2019
Nome: WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS
CPF: 090.505.304-43

WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF de vítima: 751.668.604-20 Nome completo da vítima: FRANCISCO CARVALHO RODRIGUES DO NASCIMENTO

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

Nome completo: FRANCISCO CARVALHO RODRIGUES DO NASCIMENTO CPF: 751.668.604-20

Profissão: RECUPERAÇÃO Endereço: R. JOÃOSON FERNANDES Número: 78 Complemento: _____

Bairro: ALV. SENHORA AP. R. Cidade: PARAI Estado: PA CEP: 59114-103

E-mail: ANALISA@R40HOTMAIL.COM.BR ID: 999982124

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

RENDIA MENSAL:

☒ RECLUSO 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) ☐ Itau (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: CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0033 CONTA: 00030771 6

(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 (assinale uma das opções):

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

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 ou permanentes decorrentes do 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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: PARAI 20/05/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

PROTOCOLO RECEBIDO

10 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.

Assinatura: E. CORRETORES DE SEGS.

(*) Assinatura de quem assina A ROGOC

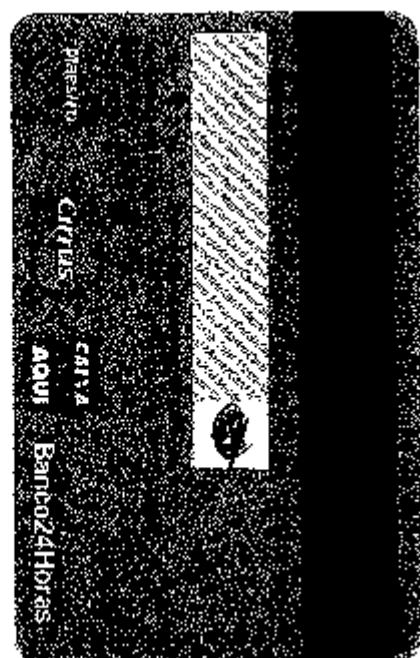
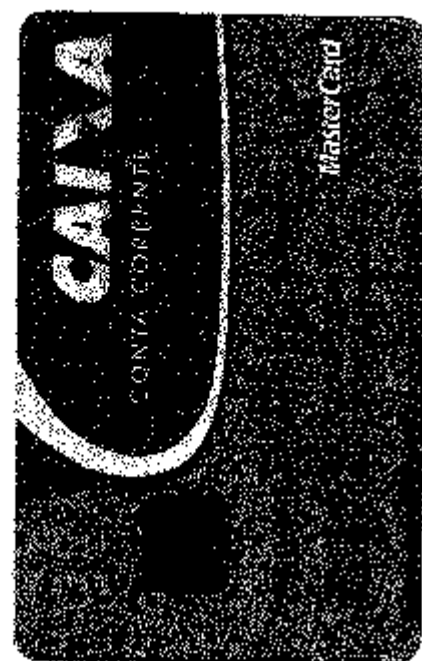
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGOC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190373249
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Caninde Rodrigues do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joadsom Fernandes, 75
Nossa Senhora da Apresentação Natal RN CEP: 59114-103
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001288965
Data local do acidente: [13/04/2017]
Data local do exame: [23/07/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO E OMBRO ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 21/11/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

ATROFIA LEVE DE MUSCULATURA DE BRAÇO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ELEVAÇÃO PERFAZENDO 130 GRAUS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA. EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO PERFAZENDO 20 GRAUS, FLEXÃO 30 GRAUS.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

INVALIDEZ DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM DISFUNÇÃO DE SEGMENTO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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


DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 95637

1 - LOCAL E DATA

Local Rm 063 Bairro PONTA NEGRA
Cidade/UF NATAL P. Ref. TRANSITO
Data 12/04/2017 Hora do acidente 16:10 Hora do registro 16:10 Dia da semana SEXTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outros(s) _____

3 - VEICULO 01

Placa ou Chassi MYY 9712 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. KIA Niro 1.0 Cor AZUL Ano 2009
Proprietário JOSON DO NASCIMENTO S. ARAUJO Nº de Ocupantes 02
Condutor FRANCISCA GOMES RODRIGUES DO NASCIMENTO Data de Nascimento 26/09/1972
Endereço RUA JOSSON DE CARVALHO Nº 25 Fone 9886685122
Bairro JOSSON DE CARVALHO Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 75160860422 CNH Nº 02806582372 Validade 12/10/2017 Categoria A2
Local de Trabalho SEEL Fone 31830240
End. RUA LORENTI RIBEIRA Nº 33 Bairro CIDADE NOVA Cidade NATAL

4 - VEICULO 02

Placa ou Chassi MAW 5633 Cidade JOÃO PESSOA UF PB
Marca/Mod. FIAT IDEA ADVENTURE DUAL Cor VERDE Ano 2010
Proprietário LOURENÇO PIRES DE ARAUJO Nº de Ocupantes 02
Condutor LOURENÇO PIRES DE ARAUJO Data de Nascimento 12/10/1972
Endereço AV. MARELA LACERDA MONTENEGRO CORREIA Nº 515 Fone 99135540
Bairro PARANÁ Cidade PARANÁ UF PJ
CPF Nº 06135935704 CNH Nº 00133116089 Validade 05/10/2018 Categoria A
Local de Trabalho SEEL Fone 32161452
End. ROTA DO SOL RN 063 Nº SAN Bairro BARRA DO INH Cidade PARANÁ

5 - VEICULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEICULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava?

AN 063

Em que sentido?

PARTE INTERNA A PLUM

Em que faixa?

DIREITA

Versão do condutor

INFORMOU QUE AO PASSAR PELA ROTATORIA V2 AVANÇOU O COLÍZIO EM SUA FAIXA

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

AN 063

Em que sentido?

PARTE INTERNA A PLUM

Em que faixa?

DIREITA

Versão do condutor

INFORMOU QUE AO ENTRAR NA ROTATORIA SINALIZOU COM O FAROL MAS V1 NÃO OBSERVOU A SINALIZAÇÃO DA VIA E COLIDIU A FRENTE DE SEU VEÍCULO DEBENDO A SINALIZAÇÃO

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Curvas/ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anofitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Ingrete	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingrete	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Entalçada	<input checked="" type="checkbox"/> Placas: <u>R2</u>
			<input type="checkbox"/> Lomada	<input type="checkbox"/> Ras Oloras	<input type="checkbox"/> Lomada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____
			<input checked="" type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Atenuação		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____

9 - ESQUEMA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 PORTA DIANTEIRA
PORTA DIANTEIRA BOMBA DIANTEIRA
QUADRO ESTRELA FALTA DE BOMBA
UMA OUTRA AVALIAR
DIANTEIRA E BOMBAS DE MAIS
DANO A VERMELHA

1 2 3

AVARIAS DO VEÍCULO 2 PORTA DIANTEIRA
E FALTA DE DIREITA LONGARINA
DE MAIS DANO A VERMELHA

1 2 3

AVARIAS DO VEÍCULO 3

1 2 3

AVARIAS DO VEÍCULO 4

1 2 3



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIAMENTO ROBOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA ROBOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1314 - E-mail: cprsetordetráfego@hotmail.com

Natal/RN, 27 de Abril de 2017.

BOAT nº: 95637

Data: 13/04/2017

Local: RN 063 - Ponta Negra - Natal/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) HONDA/ POP100 - MYY 9712

(V-2) FIAT/ IDEA ADVENTURE DUAL - MOW 5633

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-1 deixou de observar o que preceitua o artigo 28 c/c 215-II.


Alan Bruno Braz Santos Cap. QOPM
Mat. 194.148-B
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na Internet: <https://www.pcrrn.gov.br> ou pelo QR Code disponível no site da corporação.

Autenticação 8888788658	Número do Boletim: 95637	Número da Ocorrência: 331351	Data Registro: 27/04/2017	Hora Registro: 18:38:22	Número Controle:
----------------------------	--------------------------	------------------------------	---------------------------	-------------------------	------------------

*Somente possuem valor legal os documentos que estejam assinados pelo chefe do setor ou substituir.

revista

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: 751.668.604-20 Nome completo da vítima: FRANCISCO CARINHO RODRIGUES DO NASCIMENTO

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

Nome completo: FRANCISCO CARINHO RODRIGUES DO NASCIMENTO CPF: 751.668.604-20

Profissão: RECEPCIONISTA Endereço: R. JOÃOSON FERNANDES Número: 75 Complemento: _____

Bairro: US: SENHORA DRE Cidade: PARAI Estado: RV CEP: 59114-103

E-mail: ANALISTA_RH@hotmail.com.br Telefone: 84 999982124

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

☐ SFM RENDIA ☐ 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 (342)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0093 CONTA: 00030771 6

(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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento e 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 de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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.

Local e Data: PARAI 20/05/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

PROTOCOLO RECEBIDO

10 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.

Assinatura: E. CORRETORES DE SEGS.

(*) Assinatura de quem assina o RUGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RUGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

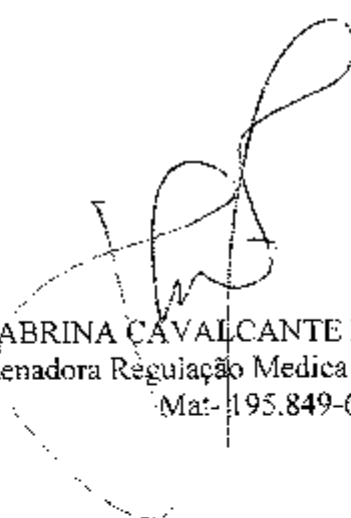


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se faz necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº S254354 referente ao paciente **FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO** 45 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 13/04/2017 Parnamirim/RN vítima colisão carro/moto. Conforme ficha anexa.



Natal, 16 de agosto de 2017



SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat-195.849-6



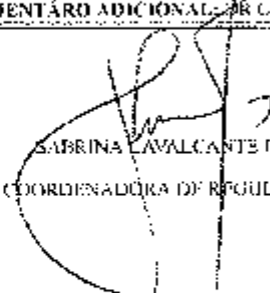
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA


FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO:	S254354
DATA DA OCORRÊNCIA:	13/04/2017 16:02:59
CIDADE:	PARNAMIRIM
BARRIO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADOURO:	ROTATORIA SENTIDO PIUM.
INTERESSADO:	MARCIO
TELEFONE:	08317645232
TIPO:	M22
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	M22G
NATUREZA:	COLISÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	15/08/2017 15:23:11

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
13/04/2017	16:02:58	term1	16551924	PROX- AO TRASQUEIRAO
13/04/2017	16:02:58	term1	16551924	PROX- CONDO PONTA NEGRA BOULEVARD
13/04/2017	16:02:58	term1	16551924	PCTE- DESC ID- 00
13/04/2017	16:05:00	regsamu03	421638204	QTR SOLICITANTE: COLISÃO CARRO.MOTO. VITIMA CONSCIENTE. AUTORIZO USB EM CODIGO
13/04/2017	16:05:00	regsamu03	421638204	03
13/04/2017	16:05:29	regsamu03	421638204	** Event Priority changed from 4 to 0 at: 04/13/17 16:05:29
13/04/2017	16:05:29	regsamu03	421638204	** Tipo do evento alterado de M01 para M22GM22G: às 13/04/17 16:05:29
13/04/2017	16:05:29	regsamu03	421638204	** -- by: WALKER FERREIRA DA SILVA on terminal: regsamu03
13/04/2017	16:05:29	regsamu03	421638204	** -- by: WALKER FERREIRA DA SILVA on terminal: regsamu03
13/04/2017	16:05:37	regsamu03	421638204	
13/04/2017	16:07:50	despsamu2	17496874	VIATURA USB44 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CÍODS CÍODS)
13/04/2017	16:09:24	despsamu2	17496874	VIATURA USB44 EM ROTA
13/04/2017	16:09:30	despsamu2	17496874	USB 44 ATRIBUÍDA E SAINDO DA BASE MACAIBA
13/04/2017	16:09:44	despsamu2	17496874	VTR DISPONÍVEL MAIS PRÓXIMA NESTE QTR
13/04/2017	16:09:57	despsamu2	17496874	HORARIO: 16H07
13/04/2017	16:21:34	regsamu03	421638204	ENVIADA A USB 44
13/04/2017	16:22:09	regsamu03	421638204	CAPO WILLINGTON INFORMOU QUE OS BOMBEIROS ESTÃO PRESTANDO OS PRIMEIROS SOCORROS
13/04/2017	16:26:37	regsamu04	55323904	
13/04/2017	16:59:32	regsamu04	55323904	USB 44, WILTON
13/04/2017	16:59:42	regsamu04	55323904	COLISÃO CARRO MOTO
13/04/2017	16:59:51	regsamu04	55323904	ORA DE FCC CANINDÉ RODRIGUES DO NTO, 45 ANOS
13/04/2017	17:00:00	regsamu04	55323904	ESTAVA AO SOLO NA ABORDAGEM, CONSCIENTE, ORIENTADO
13/04/2017	17:00:09	regsamu04	55323904	PUPILAS ISO FOTO
13/04/2017	17:00:13	regsamu04	55323904	GLASGOW 15
13/04/2017	17:00:24	regsamu04	55323904	FRATURA FECHADA EM PUNHO ESQUERDO
13/04/2017	17:00:32	regsamu04	55323904	DOR EM REGIÃO PIVICA A D
13/04/2017	17:00:48	regsamu04	55323904	IMOBILIZADO CONFORME PROTOCOLO
13/04/2017	17:00:50	regsamu04	55323904	SSVY
13/04/2017	17:01:01	regsamu04	55323904	PA 120X90, EC 77, PR 20, SAT 98AA
13/04/2017	17:01:42	regsamu04	55323904	CD ACESSO COM RINGER LACTATO
13/04/2017	17:01:51	regsamu04	55323904	SEGUIR QTR DO DEOCLECIO

13/04/2017	17:37:06	despsam2	17496874	VIATURA USB44 CHEGOU AO LOCAL
13/04/2017	17:37:52	despsam2	17496874	VIATURA USB44 INFORMOU O CENÁRIO CL
13/04/2017	17:37:52	despsam2	17496874	VIATURA USB44 INFORMOU O CÓDIGO UC
13/04/2017	17:52:42	despsam1	11176604	VIATURA USB44 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: DR CRISTIAN


SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA										
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOS, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 06.324.196/0001-31 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055198-0		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 Ligações Gratuitas: - TELEATENDIMENTO COSERN: 116 - Ouvidoria 0800 064 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0187 - Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis								
DADOS DO CLIENTE MARIA GELBOVEIDE DE FRANCA DOMINGOS CPF: 429.655.804-68		<div style="text-align: center;">  COSERN www.cosern.com.br </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> PROTOCOLADO RECEBIDO 10 JUN 2019 CORRIGIDA DE SEGS </div>								
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUÁRIO EUFRATES 4 PO INDUSTRIAL EM ALIARÉIA URBANA 59149-250 PARNAMIRIM RN		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> DATA DE VENCIMENTO DE SEGS 31/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 156,18 </td> <td style="width: 33%;"> DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 24/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 024722512 Série: U </td> <td style="width: 33%;"> CONTA CONTRATO 000588502015 Nº DO CUNTE 3008713872 Nº DA INSTALAÇÃO 0001228005 </td> </tr> </table>		DATA DE VENCIMENTO DE SEGS 31/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 156,18	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 24/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 024722512 Série: U	CONTA CONTRATO 000588502015 Nº DO CUNTE 3008713872 Nº DA INSTALAÇÃO 0001228005				
DATA DE VENCIMENTO DE SEGS 31/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 156,18	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 24/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 024722512 Série: U	CONTA CONTRATO 000588502015 Nº DO CUNTE 3008713872 Nº DA INSTALAÇÃO 0001228005								
As condições gerais do 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		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico								
		RESERVADO AO FISCO DB41.7516.C25A.849D.8FB9.FA0B.5E9A.556A								
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL										
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	ENCARGOS ADICIONAIS, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Vencido</td> <td style="width: 30%;">Dt. Recor.</td> <td style="width: 40%;">Valor</td> </tr> <tr> <td>02/05/19</td> <td>24/05/19</td> <td>146,20</td> </tr> </table>	Vencido	Dt. Recor.	Valor	02/05/19	24/05/19	146,20
Vencido	Dt. Recor.	Valor								
02/05/19	24/05/19	146,20								
Consumo Ativo(kWh)	197,00	0,87801770	133,58							
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,10							

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 telefones abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h 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 83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 92 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?XTIPO=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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APFETA, 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 99.613/98.

Pelo exposto, eu WANDERSON DE FRANÇA DOMINGOS
inscrito (a) no CPF/CNPJ 090.505.304, 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
FRANCISCO CARVALHO RODRIGUES DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o nº 751.668.604, 20
do sinistro de DPVAT cobertura 1 INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO CARVALHO RODRIGUES DO NASCIMENTO
inscrito (a) no CPF sob o nº 751.668.604, 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: RECEPCIONISTA 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 RIO CURATILS</u>	Número: <u>04</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>GAUJUS</u>	Cidade: <u>PARANATUBURIM</u>	CEP: <u>59149250</u>
E-mail: <u>ANATISTAD@HOTMAIL.COM.BR</u>	Tel. (DDD) <u>(84) 999982124</u>	

Local e Data: PARANATUBURIM - RN - 20 - MAIO - 2019

Wanderson de França Domingos
Assinatura do Declarante

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

10 JUN 2019

RECEBIDO SOLICITAÇÃO
DE DOCUMENTOS



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **090.505.304-43**

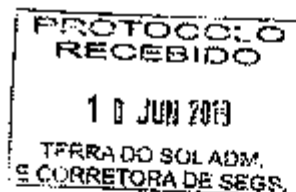
Nome: **WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS**

Data de Nascimento: **12/09/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/08/2007**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:45:45** do dia **11/06/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **7B78.F02B.9A7C.86AD**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA ESTADUAL DO RIO GRANDE DO NORTE

NOME
WANDERSON DE FRANCA DOMINGOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
002775855 ITPR RN

CPF
090.505.304-43

DATA NASCIMENTO
12/09/1993

FILIAÇÃO
UBIRACI TOLEDO DOMINGOS

MARIA GELSONEIDE FRANCA DOMINGOS

PERMISSÃO
0000000000

ACC
0000000000

CAT. HAB.
33

Nº REGISTRO
05812135556

VALIDADE
30/10/2033

1ª HABILITAÇÃO
27/06/2013

OBSERVAÇÕES
A

PROTÓCOLO RECEBIDO
10 JUL 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Wanderson de Franca Domingos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
01/11/2018

Luiz Eduardo Machado Pereira
Diretor Geral - Detran/RN
ASSINATURA DO EMISSOR

04070337761
RN704482924

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1753736912

PROIBIDO PLASTIFICAR
1753736912

SECUNDO DEF. CONTRIO DE QANDOS PRISONAIS CAUSADOS POR VEICULOS
MOTORIZADOS E VIA TERRESTRE, INCL. DO POR SUA CARGA, E PESSOAS
EXPOSTAS DUMA - SECUNDO DEPT

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

www.seguradoraher.com.br

SEP 08 PMT 0803 022 T304

EXPER (K) DATA CMISSAC
2012 07/03/2017

DE 145934	MARCIA FREDELO
DE 145935	ROSA DOBOS
DE 145936	ROBERTA
DE 145937	SUZANA DOBOS

RENTG TAP 10

NOME	ENDEREÇO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
ANO DE INSCRIÇÃO (R\$)	SOCIAS	TOTAL DA PARCELA PAGUEIRA (R\$)
DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
QUOTA UNICA	PARCELADO	

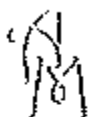
SEGURO PARA LÍDER - DPVAT

100

PROTÓCOLO
RECEBIDO

10 JUN 2017

TERRA DO SOLADM.
E CORRETORA DE SEGS.



ADVOCACIA & CONSULTORIA ESPECIALIZADA

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (IZA) DE DIREITO DA 23ª VARA
CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

PROCESSO N.º 0839452-91.2017.8.20.5001

FRANCISCO CANINDÉ RODRIGUES DO NASCIMENTO, já devidamente qualificado nos autos da ação acima referida, vem ante Vossa Excelência, por intermédio do seu advogado devidamente constituído que ora subscreve, apresentar a comunicação de desistência da demanda, uma vez que não mais pretende o objeto da presente ação ante o fato de ter entendido mais adequado procurar o prévio protocolo administrativo, o que não havia sido feito anteriormente ao ingresso com a presente demanda, razão pela qual inclusive resta impossibilitada a apresentação do documento requerido no último despacho proferido nos presentes autos, devendo este Juízo julgar extinto o processo sem resolução de mérito por desistência do Autor, observando-se ainda que este é beneficiário da Justiça Gratuita.

Termos em que pede e,

Espera Deferimento.

Natal (RN), 15 de maio de 2019.

Assinado de forma digital por
MIELSON DOS SANTOS MENEZES
Dados: 2019.05.15 10:50:01
+0100

Mielson dos Santos Menezes

OAB-RN 12.018



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT
AC Fórum Seabra Fagundes, Rua Doutor Lauro Pinto 315, Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 59064-072

Processo: 0839452-91.2017.8.20.5001

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FRANCISCO CANINDÉ RODRIGUES DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos hoje..

Intime-se a parte autora para, por seu patrono, no prazo legal de 15 (quinze) dias, colacionar aos autos a comprovação do requerimento administrativo referente ao seguro indenizatório decorrente do acidente de trânsito narrado no vestibularato, arcando, conforme o caso, comprovante do valor parcialmente recebido, negativa de pagamento pela Seguradora ou comprovante de que a mesma não finalizou o procedimento no prazo legal, sob pena de extinção do processo, sem resolução de mérito (CPC, art. 485, VI).

Transcorrido em branco o referido prazo legal, o que a Secretaria certificará, voltem-nos conclusos para sentença.

Em caso de cumprimento a determinação do despacho reto, retorne-me os autos conclusos para despacho a fim de que seja agendada perícia médica na parte autora.

P.T.C.

NATAL/RN, 6 de maio de 2019

EUSTÁQUIO JOSÉ FREIRE DE FARIAS

Juiz de Direito

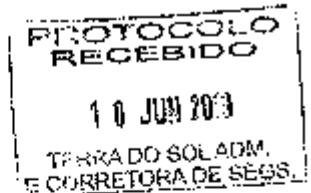
{documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06}

Assinado eletronicamente por: EUSTÁQUIO RÔTE RESIRE DE FARIAS
https://pje.tjra.jus.br/pje/tgra/Painel/painel_usuario/documentoHTML...
/listview.aspx
ID de documento: 42693577



19050715055810460000041289026

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: FRANCISCO CANINDE RODRIGUES DO NASCIMENTO,
brasileiro(a), estado civil UNIAO ESTAVEL, profissão ANX. ADMIAL,
documento de identificação IDENTIDADE, nº 1238965, data de
expedição: 16.03.2012, CPF: 751.668.604-20, residente e domiciliado(a) na
Rua JOADSON FERNANDES Nº: 35 Cidade: NATAL,
Estado RN, CEP 59.114-103
Tel. 1: (84) 99998-2124 Tel. 2: (84) 99806-3122

Outorgado: **WANDERSON DE FRANÇA DOMINGOS**, CPF 090.505.304-43 e RG: 002.775.855
com endereço cito à Rua Rio Eufrates, 04, no bairro de Emaús - Parnamirim/RN.

Poderes: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar e entregar documentos referentes a pedidos de indenização do Seguro DPVAT junto
as seguradoras credenciadas à líder em todas as naturezas (Invalidez, Óbito, Dams), receber
correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e
acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam
solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado
pela líder, realizar contestações junto à líder e a SUSEP.

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



NATAL 13 de maio de 20 13

Francisco Caninde R. do Nascimento
OUTORGANTE

