

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: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00760

CONTA: 000000054713-6

Nr. da Autenticação 1183069B075FF8D5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200153722 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 08. EXAME DE IMAGEM - PÁGINAS 10 A 15.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



DADOS DO CLIENTE

NÍZIA MARIA BANDEIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ESTUDANTE FRANCISCO ROBERTO 40

CPF: 876.676.064-04 NIS: 16059672400

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS

CENTRO URBANO
 JOÃO CAMARÁ RN
 59550-000

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE CANCELAMENTO
22/04/2020	22/04/2020	22/04/2020
19/07/2019	19/07/2019	19/07/2019
19/07/2019	19/07/2019	19/07/2019

CONTAS CONSECUTIVAS	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
0736238012	07/2019	07/2019
26/07/2019	20/08/2019	20/08/2019
		103,16

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,22217612	6,66
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,39087335	26,86
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	94,0000000	0,57131002	53,70
Contrib. Ium. Pública AMARELA			1,42
Contrib. Ium. Pública Municipal			8,70
ICMS-Parcela Subvencionada			7,62
Mult. por atraso NF 025873398 - 18/06/19			1,56
Jum. por atraso NF 025873398 - 18/06/19			0,17
Abrav. por atraso NF 025873398 - 18/06/19			0,15
Bônus ITR - art 21 da Lei 10.439/2002			-1,47

TOTAL DA FATURA							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
217107386	CAT	18/06/2019	1.412,00	19/07/2019	1.606,00	31	194,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
USUÁRIO (kWh)	SACDE Cálculo	%	VALOR DO IMPORTE
JUL 19 194	ICMS	20,44	15,00
AUG 19 174	PIS	00,44	1,31
MAI 19 142	COFINS	00,44	0,38
ABR 19 137		00,44	0,06
MAR 19 120			
FEV 19 158			
JAN 19 144			
DEZ 19 124			
NOV 19 145			
OUT 19 144			
SET 19 145			
AUG 19 145			
JUL 19 130			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Para saber mais sobre a tarifa social, consulte o site: www.cosern.com.br. O pagamento desta fatura deve ser feito somente em espécie. A data de vencimento é a data de emissão da fatura. O cliente é responsável por manter a fatura em seu arquivo pessoal. O cliente é responsável por manter a fatura em seu arquivo pessoal. O cliente é responsável por manter a fatura em seu arquivo pessoal.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE ANUAL
JOÃO CAMARÁ	0,00	6,00	12,00
JOÃO CAMARÁ	0,00	3,30	6,60

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

PROTOCOLO RECEBIDO
 10 SET 2019
 TERRE DO SOL ADM.
 CORRETORA DE SEGS.

HiperCard



JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
R DR SADI MENDES DE LUCENA 1022 A
1138737629
RN ADVOCACIA - MTE CASTELO
59145-110 PARNAMIRIM - RN



310719

Fechamento próxima fatura: 31/08/2019

Postagem: 31/07/2019

Vencimento: 10/08/2019

Emissão: 31/07/2019

Titular **JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.6397**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

10/08/2019

A) pagamento total

554,45

B) pagamento mínimo

83,17

C) parcelas fixas

49,79
+23x 49,79

Veja outras opções na 2ª folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	7.480,00
Limite utilizado no mês	554,45
Retirada de recursos País(saque)	370,00

Lançamentos: compras e saques**JOAO ROBERTO F NEVES (final 6397)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
16/12	B122 HIPER PONTA 08/10	2 159,90
06/01	B122 HIPER PONTA 07/10	3 150,00
08/05	AMERICANAS.COM RIO DE JANEIR	03/08 5 204,55
09/07	EXTRAFARMA EVERALDO BR PARNAMIRIM	40,00
Lançamentos no cartão (final 6397)		554,45

Total dos lançamentos atuais **554,45**

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
16/12	B122 HIPER PONTA 09/10	159,90

Continua...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

PROTOCOLO RECEBIDO
10 SET 2019
TERRA DO SOL ADM
DIRETORIA DE SEGS.

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. 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 FRANCISCA OLÍMPIA DO NASCIMENTO FILHA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 923.980.303 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GASPAR GALDINO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 200.852.654 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLÉTON BONGIORA DO NASCIMENTO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.296.394 / 70, 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 DR. SAPI MENDES DE LUCENA</u>	Número: <u>1022</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>POSSOEM DE ARGIA</u>	Cidade: <u>PARNAMIRIM</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>centraalseguros04@outlook.com</u>	CEP: <u>59145-110</u>	Tel. (DDD): <u>84 9 9705-1717</u>

Local e Data: PARNAMIRIM, 0

Francisca G. do N. Filho

Assinatura do Declarante



ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06

ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06



ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06



ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06

ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

GASPAR GALDINO DO NASCIMENTO, brasileiro (a), portador (a) da Cédula de Identidade nº 001.571.849, expedida pela ITEP/RN, inscrito (a) no CPF sob 200.852.654-20, residente e domiciliado (a) à Rua Estudante Francisco Roberto, nº 40, COHAB, João Câmara/RN, CEP: 59550-000.

OUTORGADA:

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA, brasileira, divorciada, profissional liberal, inscrita no CPF sob o nº 923.980.303-34, com o RG sob o nº 003.359.253 com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Santos Reis - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

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

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

João Câmara /RN, 12 de Agosto de 2019

GASPAR GALDINO DO NASCIMENTO

OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



1º OFÍCIO DE NOTAS DE JORNAL CAMARÁ/RN
Rua Vereador Cândido Barboza, 106 - Centro, CEP 59.550-000
(84) 3262-3685



RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: GASPAR GALDINO DO NASCIMENTO. Por ter sido postado em minha presença. Confira a autenticidade em: <https://rselodigital.tjn.jus.br> - Selo Digital: RN20190093799000266SPHQ

João Câmara-RN, 12 de Agosto de 2019 - 9:51.

Ivan Evaristo da Silva - Tabelião Substituto

PROTÓCOLO RECEBIDO
10 SET 2019
TABELÃO DO SOLADIM
TABELÃO DO SOLADIM

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313806/19

Vítima: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

CPF: 708.296.394-70

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA : 923.980.303-34

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

CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO : 708.296.394-70

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: 10/09/2019
Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA
CPF: 923.980.303-34

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200153722

Vítima: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000760

Conta: 0000054713-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Gov^o do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segur^aça Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA JOAQUIM ROGÉRIO, 270, DNER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019183000918
1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 22/07/2019 12.29.24

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/09/2018 00.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 00

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: BAIRRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 406

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: PROX A RADIO BAIXA VERDE

2.13 Cidade: JOÃO CÂMARA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GASPARD GÁLDINO DO NASCIMENTO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 20085265420

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: MOTORISTA

3.15 Telefone(s): 84 92158934

3.17 Número: 40

3.19 Bairro: COHAB

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: JOÃO CÂMARA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: SEVERINO GÁLDINO DO NASCIMENTO

3.6 Mãe: EUGENIA RIBEIRO DO NASCIMENTO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 12/05/1952

3.14 RG: 001571849 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: LAGOA DE VELHOS RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA ESTUDANTE FRANCISCO ROBERTO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

4.1.3 Nome Social:

4.1.5 Mãe: NIZIA MARIA BANDEIRA DA SILVA

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.9 Sexo: MASCULINO

4.1.11 CPF: 70829639470

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.15 Logradouro: RUA ESTUDANTE FRANCISCO ROBERTO

4.1.17 Número: 40

4.1.19 Bairro: COHAB

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.2 Estado civil:

4.1.4 Pai: GASPARD GÁLDINO DO NASCIMENTO

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.8 Etnia:

4.1.10 Data de Nascimento: 27/04/2002

4.1.12 RG: 003538786

4.1.14 Profissão: ESTUDANTE

4.1.16 Passaporte:

4.1.18 E-Mail:

4.1.20 CEP:

4.1.21 Cidade: JOÃO CÂMARA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****04222

7.1.5 Placa: OWG0792

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO FABIO FELIPE CARDOSO

7.1.17 Nome do condutor: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 01042902450

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG150 START

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE AFIRMA QUE É PAI DA VÍTIMA (CLEITON) E QUE SEU FILHO É MENOR DE IDADE; QUE, CLEITON ESTAVA CONDUZINDO A MOTO MENCIONADA NESTE B.O., NA BR 406, NAS PROXIMIDADES DA RADIO BAIXA VERDE E QUE AO DAR PASSAGEM PARA UM CARRO QUE VINHA ATRAS, ACABOU DERRAPANDO E BATEU A MOTO NUM BURACO; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL WALFREDO GORGEL, EM NATAL; QUE, A VÍTIMA QUEBROU A PERNA ESQUERDA E TEVE QUE COLOCAR PINOS. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 22/07/2019 12.29.24

Policial

Interessado

Polegar direito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

708.296.394-70 CLETON BONDUEIRA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

CLETON BONDUEIRA DO NASCIMENTO

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Estudante Francisco Roberto

9 - Número:

40

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

JOÃO CAMARÁ

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.550-000

15 - E-mail:

centonaseguros04@outlook.com

16 - Tel (DDD):

84 99705-1717

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:

CASPAR GALDINO DO NASCIMENTO

18 - CPF do Representante Legal:

000.852.654-20

19 - Profissão do Representante Legal:

motorista

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0960

CONTA:

54703

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMIL - 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, eu

☐ 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ho 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou irmãos(viventes)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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 259 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO RECEBIDO

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

10 SET 2013

TERMO DO ASSINADO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 05 de setembro de 2013.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)