
Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213397

Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JUNIOR JANUARIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200213397

Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JUNIOR JANUARIO

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE JUNIOR JANUARIO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 000006468-7

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Ass do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Data de nascimento:

8 - Endereço:

9 - Número:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

15 - E-mail:

14 - CEP:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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 na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ PRECISO 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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinatura opcional)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (003)☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

27 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IME - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IME) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.294/74), uma vez que:

- Não há IME que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IME que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IME que atenda 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 IME, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, realizada pela Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.294/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grávida Parente em vida da 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 filhos menores de idade?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem 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

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró RN 10/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001-V002/2019

43 - Assinatura da Procuradora (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044946/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 10:27 Data/Hora Fim: 20/09/2019 10:46
Origem: Data: 20/09/2019
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 18:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Estrada da Alagoinha

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ JÚNIOR JANUÁRIO (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Jucurutu	Sexo: Masculino	Nasc: 21/03/1983
Profissão: Pedreiro			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Francisca Januário Barbosa			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 049.852.844-02

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Sítio Lagado
Complemento: Alagoinha
Bairro: Zona Rural
Telefone: (84) 89885-7154 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 049.852.844-02	Placa MYP1F25
Renavam 00929530683	Número do Motor E382E-135079
Número do Chassi 9C6KE092070136585	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125K
Modelo YAMAHA/YBR 125K	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 07/01/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impressão por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 20/09/2019 10:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044946/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Junior Januário	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que conduzia a sua moto quando perdeu o controle ao passar por um buraco de asfalto localizado na via, vindo a sofrer queda da sua motocicleta; Que foi encaminhado por um familiar, Sr. Antônio Raimundo Januário, no carro ao HRTM; Que o BQ é para fins de DPVAT; Que não houve representação criminal; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente de Polícia
Matrícula 1990206
Responsável pelo Atendimento

José Junior Januário
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) respectivo(s) pelas informações acima narradas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
antes, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado da Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 20/09/2019 10:48
Protocolo nº: Não disponível



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 049 652 844-02 3 - CPF da vítima: 049 652 844-02 4 - Nome completo da vítima: Jozel Junior Jonuário

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

5 - Nome completo: Jozel Junior Jonuário 6 - CPF: 049 652 844-02
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: 01 Lagoa 9 - Número: 58 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Motadouro 13 - Estado: RN 14 - CEP: 55600-001
15 - E-mail: Nao Pstam 16 - Tel. (DDD): (84) 99824 0066

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 efeitos 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\$2.001,00 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 (Saliente para os bancos Abilio, Asa e Unibanco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0064 CONTA: 6468

AGÊNCIA: CONTA:

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 o dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando 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 que submeter a análise médica presencial, caso necessário, às costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Cota do cônjuge da vítima:

25 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar):

38 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Motadouro RN 18/06/2012

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jozel Junior Jonuário

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Promotor (se houver):

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: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JUNIOR JANUARIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000006468-7

Nr. da Autenticação 179C48D70D9418D8

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOSZ, 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 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria: 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços 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!
ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER

DATA DE VENCIMENTO
26/02/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
17/02/2020

CONTA CONTRATO
7003816480

ENDEREÇO
SI LAGEDO 58 CS - ZONA RURAL/AREA
RURAL -59600-001 MOSSORO RN -

TOTAL A PAGAR
R\$ 98,50

DATA DA APRESENTAÇÃO
17/02/2020

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

NÚMERO DA NOTA FISCAL
037833770

PERÍODO CONSUMO
20/01/2020 a 17/02/2020

CONSUMO
0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 14,44

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

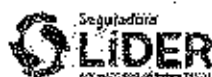
Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7003816480	02/2020	R\$ 98,50	26/02/2020	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 985000384077 003816480200 013360192639



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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 Ovidória: 0800 021 91 33

Eu, Reisimeire da Silva Xavier
RG nº 002.601.553, data de expedição 31/04/16
Órgão SSP RN, CPF nº 089.934.004-04

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>51 Logradouro</u>
Número	<u>51</u>
Apto/Complemento	<u>lobo</u>
Bairro	<u>Zone Rural</u>
Cidade	<u>Mototele</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59600-001</u>
Telefone	<u>(84) 33824 0066</u>
E-mail	<u>Não Possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Mototele RN 08/06/20

Reisimeire da Silva Xavier
Assinatura do Declarante



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)

Centrais e regiões metropolitanas: 0800-13556 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, de 9h às 18h): 0800-022-81-99 | SAC (para denúncias judiciais e de fato): 0800-022-12-06 | Central Operadora: 0800-073-91-93

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTATUTÁRIA 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

Rosimeire da Silva Xavier

inscrito (a) no CPF/CNPJ

089.934.004-04

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Junior Junior

inscrito (a) no CPF sob o nº 049.652.844-02

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

José Junior Junior

inscrito (a) no CPF sob o nº

049.652.844-02

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Recusar

Renda:

Recusar

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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:

51 Logeado

Número:

58

Complemento:

lato

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Ubatuba

Estado:

RJ

CEP:

55600-003

E-mail:

Não Possui

Tel (DDD):

(81) 39824-0066

Local e Data:

Ubatuba RJ 08/06/20

Rosimeire da Silva Xavier
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

Do PAM
Ortopedi

Fratura rãdas

aberto @ 5/12/2010

Carpe / P - 15 dias

KELEITE GLRGE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 101.676-4 TECT 14206

10/09/10

Orf. radiis - 18/07/07 212.

Ident. radiis h. e. off. Paul

Paul (E)

At. prof. radiis h. e. off. (E) 51 anos
V. V. Ar. b. b. (E)

At. 17 de
K. e. f.
A. H. a.

KEILERTE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6788 TECT 142006

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO N. AIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
NOME MOSSORO
18/07/07
BAME / ARQUIVO

...
...
...



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário 69

FICHA DE REFERÊNCIA

Dir: 21/03/1983

Unidade de Origem: Elías Honorato Bezerra Município: Mossoró
Paciente: José Junior Jansen
Endereço: Silva Leão
Idade: 36 Anos Sexo: M (X) F () Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

Resumo Clínico: Características de SIDA: sintomas de SIDA: perda de peso, febre, tosse, suor noturno, etc.
O mesmo foi submetido à terapia de reforço esquelético.

Resultado de Exames: _____

Tratamento já realizado: _____

Impressão diagnóstica: _____

20.09.19
DATA

PROFISSIONAL

Encaminhamento para a especialidade: Ortopedia e Traumatologia
Consulta marcada para a unidade: PAM Município: Mossoró
Para o Dr.: Rodrigo Sales às 07:00 Horas do dia 17 / 10 / 2019

Ch. 96707

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Cod: 310441962

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Observações: _____

DATA

PROFISSIONAL

Garantida a continuidade da assistência integral do paciente (Prontuário Nº _____)

Orienta-o para retornar a Unidade de Origem: _____

Município: _____

Vítima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CAIXA NACIONAL DE HABITAÇÃO

1157754190

FRANCISCO JAMURAO
FRANCISCO JAMURAO
FRANCISCO JAMURAO

22/05/2021

09/06/2016

26990667015

00702614467

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INDUSTRIA

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00909550687 2020

JOSE JONOR JANGUATO

049.652.644-02

049.652.644-02

PASSEGEIRO/MOTO/COLETA VAL. 125K

YAMAHA/YBR 125K

007/124 CILINDRADINE PARTICULAR

1 P R5 0.80 11/04/2020 11 125K
V 125K
A 069605 3K R5 125K 3K 125K

DETRAN: PAGO 11/04/2020 DPVAT: PAGO

MOTOR: R382B-135979

MOSSORO/RN
Data de emissão do documento 17/03/2020

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

RN NP 015510162507 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 17/03/2020

1 049.652.644-02

00929530683

2007

920K3092070136565

PREMIO TARIFARIO

069605

069605

069605

069605

069605

069605

069605

069605

069605

069605

069605

069605

069605

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213397 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO. PG. 2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200213397 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO SEM DESVIO. PG. 2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Junior Jomaris, brasileiro (a),
Estado civil: casado, Profissão: Pedreiro Data do Acidente 18/09/19
Cobertura Invalidez Portador (a) do RG 002316312 Órgão Expedidor:
SSP RN e do CPF: 049.652.844-02 residente no(a) Sítio
Logeado
Bairro Zona Rural Município: Monteiro nº 58
RN

OUTORGADO:

Nome: Rosimeire da Silva Xavier, brasileiro (a),
Estado Civil: casado Profissão: Agricultora
Portador (a) do RG: 002.601.553 Órgão Expedidor: DEP RN
E do CPF: 009.234.004-04 residente no(a)
Sítio Logeado
Bairro: Zona Rural Município: Monteiro nº 58
RN

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

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

Monteiro RN 15/06/2020
Local e data

Jose Junior Jomaris
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165583/20

Vítima: JOSE JUNIOR JANUARIO

CPF: 049.652.844-02

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE JUNIOR JANUARIO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER : 089.934.004-07

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

JOSE JUNIOR JANUARIO : 049.652.844-02

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: 15/06/2020
Nome: ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER
CPF: 089.934.004-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ROSIMEIRE DA SILVA XAVIER

GERCIA LOURENCO DA SILVA