

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, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162338 **Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER**

Data do Acidente: 29/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALZENEIDE MARIA XAVIER

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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162338 **Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER**

Data do Acidente: 29/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALZENEIDE MARIA XAVIER

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000137908-6

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200162338 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER **Data do acidente:** 29/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	16 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE									
	17 - N° do sinistro da ASL:	18 - CPF da vítima:	19 - Nome completo da vítima:	20 - CEP da sua casa:									
	332 276 204 - 20	Alzenide Maria Xavier	832 276 204 - 20										
				4 - Número complemento da vítima:									
				5 - Nome completo:									
	6 - Profissão:	7 - Endereço:	8 - Cidade:	9 - Número:									
	ANP. Tradutor	Rua 567 de Janeiro	Mosse	10 - Complemento:									
	11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:									
	Santo Amaro	Mosse	SP	39633 - 070									
	15 - E-mail:	16 - Telefone:	17 - Telefone:	18 - Telefone:									
				(11) 4022-0066									
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR													
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:											
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).													
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECLUSO/INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00										
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00										
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (não de banco)										
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinatura é necessária)	Nome do BANCO: _____												
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	INFORMAR O DÍGITO SE ELETRÔNICO											
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (003)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	INFORMAR O DÍGITO SE ELETRÔNICO											
AGÊNCIA: 0560	CONTA: 331 908 6	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____											
Autorizo a Seguradora Lider a creditar no conta bancária informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, recorrendo e dando, desde já e sumamente, após a efetivação do crédito, quaisquer total valor recebido.					Informar o dígito se eletrônico	Informar o dígito se eletrônico							
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE					Declaro, embaixas penas da Lei, que estou irreprobatível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.319/74), uma vez que:								
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência, ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido. • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) 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 e/ou a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas de Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.319/74.													
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.													
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE													
23 - Estado:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (No Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Vívo	24 - Data da morte:							
civil da vítima:						Obituário da vítima:							
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:								
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Sim
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Viva	34 - Se tinha pais, informar:	<input type="checkbox"/> Viva
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Viva	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Viva	30 - Vítima									





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016719/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/02/2020 14:55 Data/Hora Fim: 21/02/2020 14:55
Origem: Data: 14/02/2020
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 29/01/2020 17:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Bom Jardim

Logradouro: Nilo Peçanha

Tipo do Local: Vila Públca

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALZENEIDE MARIA XAVIER (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 17/07/1974 Idade: 45 anos
Naturalidade:RN - Patu Profissão: Auxiliar de Produção
Estado Civil:Solteiro(a)

Nome da Mãe: Alvanir Maria da Conceição Xavier

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 812.276.204-20

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: Sels da Janeiro

Nº: 231

Bairro: Santo Antônio

Telefone: (84) 99604-7535 (Celular)

Nome Civil: FUNCIONÁRIO DESCONHECIDO DA OI, NÃO SABE O NOME OU OUTROS DADOS (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 45 anos

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 812.276.204-20

Placa: OKB8873

Renavam: 01008465607

Número do Motor: KC16E8E555986

Número do Chassi: 9C2KC1680ER555986

Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014

Cor: VERMELHA

UF Véiculo: Rio Grande do Norte

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

Página 1 de 2

Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Data de Impressão: 21/02/2020 14:55

Protocolo nº: Não disponível

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: 016719/2020-A01

Município Veículo: Mossoró	Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado
Última Atualização Denatran: 19/05/2014	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Alzeneide Maria Xavier	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

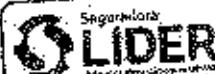
A comunicante declarou que transitava em sua moto na via quando se assustou com um fio baixo atravessando a rua, e sendo puxado por um funcionário da Empresa OI; Que, ao ver o fio, baixou a sua cabeça para não bater, mas o fio colidiu contra o o seu tórax, vindo a perder o equilíbrio da sua moto e sofrer queda; Que foi encaminhada pelo seu marido de moto (Sr. Francisco Ronaldo da Silva) ao HRTM; Que o BO é para fins de dpvat; Que não deseja representação criminal; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente da Polícia
Matrícula 16B0205
Responsável pelo Atendimento

Alzeneide Maria Xavier
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os efeitos da lei que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 310-Comunicação Falsa de Crime ou de Constituição do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<input checked="" type="checkbox"/> LIDER Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT							
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAVIS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE									
2 - Número de identificação ASL: 832 276 204 - 20 4 - Nome completo da vítima: Algeneide Maria Xavier									
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - ORGÂNICO SUSEP N° 445/2012									
5 - Nome completo: Algeneide Maria Xavier		6 - CPF da vítima: 832 276 204 - 20 9 - Número: 233 10 - Complemento: lara							
7 - Profissão: Produção 8 - Endereço: Rua Seip de Jancira 11 - Bairro: Santo Antônio 12 - Cidade: Morumbi 13 - Estado: SP 14 - CEP: 38631 - 070		15 - E-mail: Algeneide.xavier@gmail.com 16 - Telefone: (11) 4932-27-0066							
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 fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).									
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:									
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$2.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 P/É R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$2.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 P/É R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$2.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 P/É R\$5.000,00							
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00							
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)									
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicione uma opção)</td> <td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> <td><input type="checkbox"/> Nô (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (003)</td> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Nô (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicione uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Nô (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (003)	<input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Nô (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicione uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)								
<input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Nô (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)								
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (003)	<input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Nô (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)								
AGENCIA: 0560 CONTA: 137908 6 (Inserir o dígito da agência) (Inserir o dígito da conta)									
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo-o quando, ilhele já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.									
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE									
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.135/74), uma vez que:</td> </tr> <tr> <td>• Não há IMI que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou</td> </tr> <tr> <td>• O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</td> </tr> <tr> <td>• O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</td> </tr> <tr> <td>Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da presencialização quantitativa das lesões permanentes e decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.135/74.</td> </tr> <tr> <td>Declaro que esta autorização não significa prova contundência com a futura avaliação médica que renúncia ao direito de contestar a situação médica, caso disconferir do seu conteúdo.</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.135/74), uma vez que:	• Não há IMI que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou	• O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	• O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da presencialização quantitativa das lesões permanentes e decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.135/74.	Declaro que esta autorização não significa prova contundência com a futura avaliação médica que renúncia ao direito de contestar a situação médica, caso disconferir do seu conteúdo.
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.135/74), uma vez que:									
• Não há IMI que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou									
• O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.									
• O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.									
Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da presencialização quantitativa das lesões permanentes e decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.135/74.									
Declaro que esta autorização não significa prova contundência com a futura avaliação médica que renúncia ao direito de contestar a situação médica, caso disconferir do seu conteúdo.									
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE									
23 - Estado Civil da Vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ex. Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data da morte da vítima:									
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:									
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar o nome completo: Algeneide Xavier 30 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar o nome completo: Algeneide Xavier 33 - Vítima deixou pais/avós/vôos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não									
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, aliás, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, assim de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.									
34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar)		35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar)							
36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar)		37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar)							
38 - Local e Data:		39 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha:							
40 - Local e Data:		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) EPS.001 V002/1019							

Algeneide Maria Xavier

43 - Assinatura do Produtor (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: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALZENEIDE MARIA XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000137908-6

Nr. da Autenticação 721A37B2914A8AAB

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.433, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvintes: 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligações Gratuitas de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligações Gratuitas de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALZENEIDE MARIA XAVIER
CPF: 312.276.204-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEIS DE JANEIRO 231 CS-02
SANTO ANTONIO/AREA URBANA
59611-070 MOSSORÓ RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br.

DATA DE VENCIMENTO
27/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
81,34

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
18/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
18/02/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
037932783

CONTA CONTRATO
007000242068

Nº DO CLIENTE
3010658347
Nº DA INSTALAÇÃO
0002018175

Série: U

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9171.7C62.AT44.99F8.41CE.98B2.FBEA.C12D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	110,00	0,32817010	36,08
Consumo Ativo(kWh)-TE	110,00	0,32328608	35,56
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,67
Contrib. Ilum. Públ. Municipal			6,73
Multa por atraso-NF 034890547 - 20/12/19			1,44
Juros por atraso-NF 034890547 - 20/12/19			0,60
Atualização IGPM-NF 034890547 - 20/12/19			1,29
Compensação CIC Anual 2018			1,04
			81,34
TOTAL DA FATURA			

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,25456000
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25087000

HISTÓRICO DE CONSUMO

		KWh
FEV	20	110
JAN	20	150
DEZ	19	107
NOV	19	103
OUT	19	113
SET	19	106
AGO	19	106
JUL	19	90
JUN	19	91
MAI	19	119
ABR	19	100
MAR	19	105
FEV	19	109

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Carregão de Energia	28,08	35,04
Transmissão	2,83	3,58
Distribuição (Cosern)	18,13	22,97
Entregas Básicas	4,21	5,22
Tributos	16,15	20,37
Pérdidas de Energia	4,08	5,02
TOTAL	72,82	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
dez/2019								
DIC-No de horas sem Energia	BARRIGAS	0,00	8,91	19,82				
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	8,47	12,95				
DINC-Direção máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00				
DICR-Duração da Interrupção em dia critico			Limite DICR: 42,22					
USO - Valor do Encargo de Uso - R\$ 28,01								
Todo consumidor pode solicitar a abertura das Informações DIC, PIC, DINC e DICR à quaisquer tempo.								

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000200973196	CAT	21/01/2020 10.716,00	18/02/2020 10.826,00	28	1.00000	0,00	110,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/03/2020

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagou no ponto mais perto de você! farmácia do povo nordestino: rua pere valho, 1215, centro / supermercado sao luiz: r nho pecanha, 517, bairro jardim!Lista completa em www.cosern.com.br!
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagou, em atraso, gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.433/02) e atualização monetária no prazo. Mais.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DESTAQUE AÇÕES

CONTA CONTRATO	MÊS/AN	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007000242068	02/2020	81,34	27/02/2020

838200000002 813400384070 000242068200 014773149732



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

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COSERN

NOTA FISCAL DE VENDA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Nogueira, 150, Belford Roxo - RN, CEP 59025-250
CNPJ 06.924.182/001-91 | Insc. Est. 200511940 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV WILSON RUGAIÓ 8080

ASSOCIAÇÃO DOS ELETROLISITAS DA C. O. TE

CNPJ 01.413.415/0001-50

NOVA BETANIA/ÁREA URCA/ABA

CLASSIFICAÇÃO

MOSSORÓ/RN

B3 COMERCIAL

59012-425

OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

Tributos

039529740 | UNICA | 21/03/2020

0498400027 | 03/2020

2498400027 | 0498400027 | 03/2020

21/03/2020 | 3000970787 | 545973

27/03/2020 | 22/04/2020

143,96

Consumo Ativo (Wh)-TUSD

QUANTIDADES

Consumo Ativo (Wh)-TE

PREÇO (R\$)

Consumo Ilum. Pública/Municipal

VALOR (R\$)

199.0000000

0,00208124

199.0000000

0,32892326

13,07

143,96

TOTAL DA FATURA

143,96

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

MÊS DO INÍCIO DO PERÍODO

MÊS DO FIM DO PERÍODO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

Espírito e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-3234

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-8189 / SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-8206 / Central Devidos: 0800-921-9135

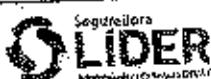
Eu, Julia Emyllie Xollien da Silveira,
RG nº 003.524.572, data de expedição 31/05/19,
Órgão SSP RN, CPF nº _____,
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Av. Wilson Roberto</u>
Número	<u>9000</u>
Apto/Complemento	<u>0000</u>
Bairro	<u>Velha Belém</u>
Cidade	<u>Motoboy</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59612-125</u>
Tel. de contato	<u>(84)99824.0066</u>
E-mail	<u>Julia@bol.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Motoboy 24/04/20

Julia Emyllie Xollien da Silveira
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 da um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1590 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 072 81 80 | SAC (para reclamações urgentes e de fato): 0800 072 12 65 | Central Olvidada: 0800 021 97 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://www.wz.susep.gov.br/biblioteca/arquivos/DOCORIGINAL/ASTRA/PRIMO-16/000100-2.PDF>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado seguro, 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 COAP.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESSERVO. 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 PRÉVISTAS NA LEI nº 9.514/98.

Pelo exposto, eu Julia Emyll Xavell da Silveira
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 812.246.204 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário

Alzenoride Maria Xavell Inscrito (a) no CPF sob o N° 812.246.24 / 20
do sinistro de DPVAT cobertura Invólucres da Vítima Alzenoride Maria Xavell

Inscrito (a) no CPF sob o N° 812.246.204 / 20 Conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recebida Renda: Recebida e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto a Seguradora Lider- 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. 298 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av. Wilson Roberto</u>	Número:	<u>9000</u>	Complemento:	<u>6050</u>
Bairro:	<u>Aldeia Biterroa</u>	Cidade:	<u>Monteiro</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>Não possui</u>	CEP:	<u>59612-125</u>	Tel. (DDD):	

Local e Data:

Monteiro RN 24/04/2020

*Julia Emyll Xavell da Silveira
Assinatura do Declarante

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AZUL

Paciente: 56734 - ALZENEIDE MARIA XAVIER (45 a 6 m 12 d)

Nascimento: 17/07/1974 Natural: PATU/BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 703401274220616

CPF: 81227620420

Prof:

Mãe: ALVANIR MARIA DA CONCEICAO XAVIER

Pai: RAIMUNDO XAVIER

Logradouro: SEIS DE JANEIRO, 231

CEP: 59611070

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 986047535

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:	Classificação:		PESO:						
	29/01/2020 19:37:36								
HORA	P.A.	HGT	SetO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM MÃO ESQ HÁ APROX 3 HORAS.

Hora:

PODE VITIMS DE QUEDAS DE MOTO, COM
INJURAS NA MÃO (R)
EF: DOR NA PALMA + DORSO + LUNAR DA
MÃO DO LADO DIREITO
AG: FRACTURA DA BASE DA 5ª FALANGE MÉDIA
DO LADO DIREITO

Diagn. Inicial:

	PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1)	LIVIA GESSARD 10 MSE			
2)	PERCETO			
3)	DIPLOMOS 1000			
4)	FLUSTRIL 40mg + 10mg			
5)	ATENAM 60 DIA			
6)	B			
	HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAMM MOSSORO 29/01/2020			
	3100			
	SAMM + ARQUIVO			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher com PROC)

CID 5626 Proc.

Data: 29/01/20 Hr:

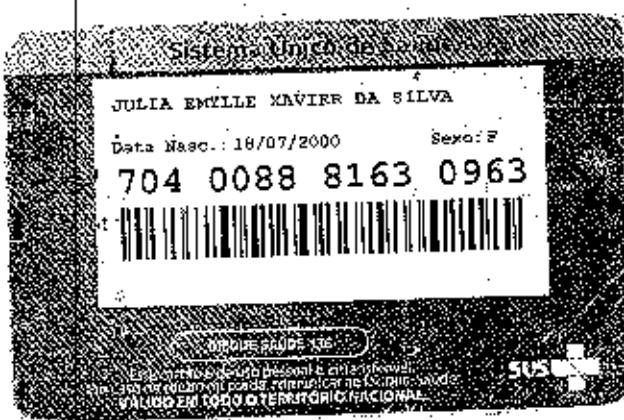
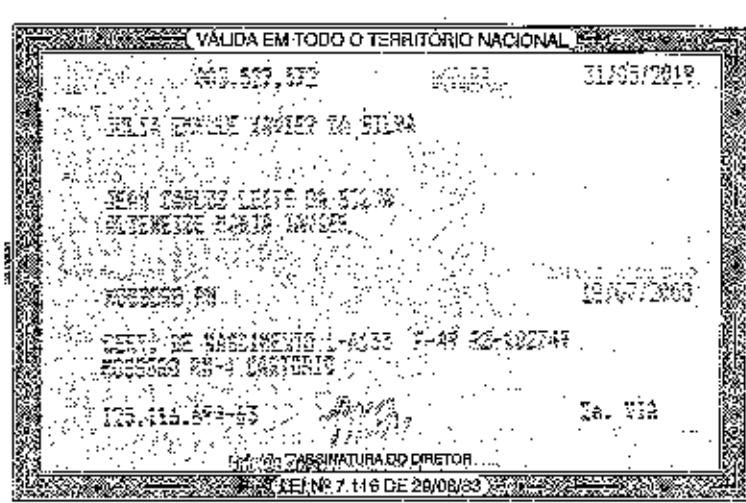
Médico:

*Gerado via SK por MARIA DO CARMO DE BRASIL SILVA, impresso em 29 de Janeiro de 2020.

(Assinatura Carimbar)



51113



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RM - 01266-77-20353-Nº 014528648207
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO - CÓD. RENAVAM - N.º I.R.C. - EXERCÍCIO
1 - 01006163607 - 2019

AL. ZENIDE MARIA XAVIER

PLACA - 012.275.204-20
PLACA ANTERIOR - 012.275.204-20

PLACA ANT. I.R.C. - 012.275.204-20
012.275.204-20/RM - 012.275.204-20

USO PESSOAL - PASSAGEIRO / MOTOCICLISTA / MOTO MULTICAR / ALCOOL / GÁSOL

MARCA / MODELO - KTM / 125 DUKE / 2014 / 2014
KODIA / CG150 FAN 2011

CAP. PTO. CL. - 001189 C1500 RADAR / CATEGORIA - PESSOAL / VÉRTICE

1 - COTA ÚNICA	2 - VEND. MONTAGEM	3 - VEND. E COTAS
R\$ 0,00	31/03/2015	1º PAGO
PARA PAGAR		2º PAGO
001266-77-20353-Nº 014528648207		3º PAGO

PREÇO TARIIFÁRIO (R\$) - 10,00 - PREÇO TOTAL (R\$) - 10,00 - DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** - DPVAT: PAGO

AL. ZENIDE MARIA XAVIER - 012.275.204-20/RM - 012.275.204-20

BANCO: BANCO B/ X

MOTOR: KTM 125 DUKE 2011

NOSSO DETRAN - 012.275.204-20/RM - 012.275.204-20

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PESSOA CARUA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN-NR 014528648207 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradepvatalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - 2019 - DATA EMISSÃO - 31/06/2019

PLACA - 012.275.204-20

PLACA - 012.275.204-20

PLACA - 012.275.204-20 - MARCA / MODELO - KTM / 125 DUKE / 2014 / 2014

PLACA - 012.275.204-20 - MARCA / MODELO - KTM / 125 DUKE / 2014 / 2014

PLACA - 012.275.204-20 - MARCA / MODELO - KTM / 125 DUKE / 2014 / 2014

PREÇO TARIIFÁRIO

DETRAN (R\$) - 10,00 - DOSTO DO SEGURO (R\$) - 10,00

DATA DE PAGAMENTO - 31/03/2015 - DATA DE EMISSÃO - 31/06/2019

DATA DE PAGAMENTO - 31/03/2015 - DATA DE EMISSÃO - 31/06/2019

DATA DE PAGAMENTO - 31/03/2015 - DATA DE EMISSÃO - 31/06/2019

DATA DE PAGAMENTO - 31/03/2015 - DATA DE EMISSÃO - 31/06/2019

DATA DE PAGAMENTO - 31/03/2015 - DATA DE EMISSÃO - 31/06/2019

DATA DE PAGAMENTO - 31/03/2015 - DATA DE EMISSÃO - 31/06/2019

SEGURADORA LIDER DPVAT

DATA DE EMISSÃO - 31/06/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126443/20

Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

CPF: 812.276.204-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/01/2020

Titular do CPF: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA : 125.116.694-63

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

ALZENEIDE MARIA XAVIER : 812.276.204-20

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: 29/04/2020
Nome: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA
CPF: 125.116.694-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA