
Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235453

Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Data do Acidente: 31/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUCILENE PINHEIRO FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

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, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235453

Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Data do Acidente: 31/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUCILENE PINHEIRO FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

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 ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000004391-5

Conta: 0000037210-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2. Nº do selo do ASI: 023343364-08 4. Nome completo da vítima: Francisco Ernaldo de Carvalho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSSEP Nº 945/2012

5. Nome completo: Francisco Ernaldo de Carvalho 9. Número: 023343364-08 10. Complemento: Casa

7. Profissão: Motorista 8. Endereço: Rua Euclides Decedeciana 11. Estado: 12. Cidade: Mossoró 13. Estado: 14. CEP: 59628-200

15. E-mail: Nao possui 16. CPF: 089.948.27-0066

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

17. Nome completo do Representante Legal: 18. Profissão do Representante Legal:

20. RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INICIAL ☐ SEM RENDA ☐ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00 ☐ 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. Preencher uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (poderes bancários)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (204)

Nome do Banco: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 43935 CONTA: 37230

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não há impedimento de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.354/74), 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, conforme a documentação anexa, apresentando ao a Seguradora LIDER a seguinte informação: de que já tem conhecimento a análise médica pericial, caso necessário, as custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes da ausência de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.354/74.

Declaro que esta autorização não gera controvérsia com o futuro avaliação médica ou reabilitação do direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23. Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24. Data da morte da vítima: 25. Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 26. Data da morte do companheiro(a):

27. Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28. Data da morte do companheiro(a):

29. Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 30. Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 31. Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 32. Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 33. Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

34. Assinatura da vítima ou representante legal (se houver):

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

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

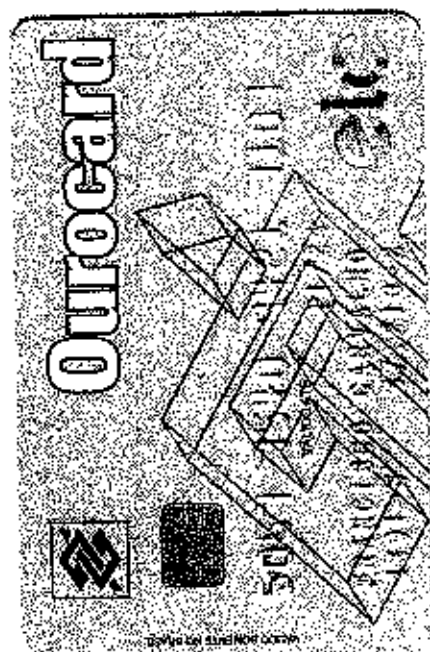
37. Assinatura da pessoa assina o pedido (a rgo):

38. 1ª. Nome: 39. 2ª. Nome:

40. Local e Data: Mossoró - RN 14/06/2020

41. Assinatura da vítima/beneficiário (se possível): 42. Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2018



4393 - 5
34 210-2



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação da sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro das Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001023356

1.2 Data de Expedição: 03/06/2020 15.02.05

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/03/2020 17.40.00

2.2 Logradouro: RUA FREI DAMIAO

2.3 Número: SN

2.4 CEP:

2.5 Complemento:

2.6 Ponto de Referência: POR TRÁS DA EMPRESA OSTE TRIGO

2.7 Bairro: ALTO SAO MANOEL

2.8 Cidade: MOSSORÓ

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: BRANCO

3.4 Pai: ANTONIO FERNANDES DE CARVALHO

3.5 Mãe: MARIA DE LOURDES DE CARVALHO

3.6 Data de Nascimento: 10/01/1977

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 001576901 - SSPRN

3.9 CPF: 02334118406

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: BARAUNA

3.13 Profissão: MOTORISTA

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.15 Telefone(s): 84 999345197

3.16 Logradouro: RUA EUCLIDES DEOCLECIANO

3.17 Número: 36

3.18 CEP: 59628200

3.19 Bairro: ALTO SAO MANOEL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

Eu vinha de moto na principal da rua FREI MIGUELINO. Quando vinha saindo do cruzamento um carro que atravessou na minha frente sem dar tempo de

desviar colidiu em mim, cair no chão sofrendo varias lesões. Foi acionado o samu que mim encaminharam para unidade hospitalar (HRTM)

DADOS DO VEICULO DO ACIDENTE

TIPO: MOTOCICLETA

PLACA:MYU0468

RENAVAM: 00702778125

MARCA E MODELO: HONDA/ CG 125 TITAN

NOME DO PROPRIETÁRIO: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO QUEIROZ

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Data: 03/06/2020 15.09.02

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 03/06/2020 17:41:20

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Seletor (a) (tipo) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato ou ASU: _____ 3 - CPF da vítima: 023.343.564-08 4 - Nome completo da vítima: Francisco Ernaldo de Carvalho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPSE Nº 645/2012

5 - Nome completo: Francisco Ernaldo de Carvalho 6 - CPF: 023.343.564-08

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Euclides Deodéciano 9 - Número: 36 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Sto. de São Manoel 12 - Cidade: Montes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 57628-200

15 - E-mail: Não tem 16 - Telefone: (84) 98821-0066

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: _____

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ ACUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (344) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Somente para o Banco do Brasil)

Nome do Banco: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 4393 5 CONTA: 37250 2

Informar o dígito de segurança: _____ Informar o dígito de controle: _____

Autorizo a Seguradora Líder a solicitar no banco beneficiária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/encargos de Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não sou impedido(a) de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.354/74), 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, sob base na documentação médica apresentada para a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter a análise médica (presencial, caso necessário, ou em testes automatizados, conforme disposto na Lei nº 6.354/74).

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

24 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo: _____

25 - Graude Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima possui companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se não teve filhos, informar falecidos: _____ 30 - Vítima possui dependentes? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se não teve irmãos, informar falecidos: _____ 33 - Vítima possui dependentes? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da Lei, que a Seguradora Líder pagará, em caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentaram e preencheram esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração ou declaração não declarada nesta poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir): _____ 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir): _____ 36 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir): _____

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

38 - Nome: _____ 39 - CPF: _____ 40 - Assinatura da testemunha: _____ 41 - Nome: _____ 42 - CPF: _____ 43 - Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: Montes - PE 31/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Ernaldo de Carvalho

42 - Assinatura do Procurador (segurador): _____

43 - Assinatura do Representante Legal (testemunha): _____

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: 13/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000000037210-2

Nr. da Autenticação AB086E913FB59705

dados impressos em
4to. contator cliente e
impresso, exposto a 08



AUTOPET
Papel Tampax

CONTADOR DE CONSUMO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Caern

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
EMPRESSO EM 21/01/2020 AS 10:58:03

DADOS DO CLIENTE		MENSAGEM																			
FRANCISCO CRINALDO DE CARVALHO		01/2020																			
RUA LUCLIDES DEOCLETIANO, N. 36 - ALTO S. MANOEL																					
MOSSORO RN 59628-200																					
INSCRIÇÃO	ROTA	SECTOR	CONTEÚDO DE ECONOMIAS																		
307.025.185.0734.000	2	4887	ASSINHA																		
NORÔMETRO	SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO																			
Y131331/68	110400	110400																			
CONSUMO AGUA (M3): 10		DATA DE FÉRIAS: 21/01/2020																			
		LITROS ATUAIS: 593																			
		LITROS ANTERIORES: 593																			
		M3S CONSUMO: 20																			
HISTÓRICO DE CONSUMO																					
REF	CONSUMO	VAL	CONSUMO																		
12/2019	8	10/2019	10																		
13/2019	8	09/2019	9																		
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)																		
AGUA																					
RES LITRE 50 F 1000 1 UNIDADE(S)		10 M3	43,27																		
CONSUMO DE AGUA																					
ESGOTO			30,04																		
70,0% DO VALOR DE AGUA			1,51																		
MUESTA P/IMPONIBILIDADE 12/2019			0,76																		
MUESTA DE AGUA 11/2019																					
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)																		
PIS		74,41	1,65																		
COFINS		74,41	7,6																		
			76,67																		
27/01/2020																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Parâmetros</th> <th>Turbidez</th> <th>PH</th> <th>Cond. Total</th> <th>Cloro Residual Livre</th> <th>Índice de Oxidação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valores Recomendados</td> <td>≤ 5,0 NTU</td> <td>6,0 a 9,0</td> <td>≤ 1000 µS/cm</td> <td>0,2 a 2,0 mg/L</td> <td>≤ 10,0 mg/L</td> </tr> <tr> <td>Valores Obtidos</td> <td>0,1</td> <td>7,6</td> <td>100,4 µS/cm</td> <td>0,33</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>				Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Índice de Oxidação	Valores Recomendados	≤ 5,0 NTU	6,0 a 9,0	≤ 1000 µS/cm	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	Valores Obtidos	0,1	7,6	100,4 µS/cm	0,33	-
Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Índice de Oxidação																
Valores Recomendados	≤ 5,0 NTU	6,0 a 9,0	≤ 1000 µS/cm	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L																
Valores Obtidos	0,1	7,6	100,4 µS/cm	0,33	-																

dados impressos em
4to. contator cliente e
impresso, exposto a 08



AUTOPET
Papel Tampax

CONTADOR DE CONSUMO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Caern

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
EMPRESSO EM 21/01/2020 AS 10:58:03

DADOS DO CLIENTE		MENSAGEM																			
FRANCISCO CRINALDO DE CARVALHO		01/2020																			
RUA LUCLIDES DEOCLETIANO, N. 36 - ALTO S. MANOEL																					
MOSSORO RN 59628-200																					
INSCRIÇÃO	ROTA	SECTOR	CONTEÚDO DE ECONOMIAS																		
307.025.185.0734.000	2	4887	ASSINHA																		
NORÔMETRO	SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO																			
Y131331/68	110400	110400																			
CONSUMO AGUA (M3): 10		DATA DE FÉRIAS: 21/01/2020																			
		LITROS ATUAIS: 593																			
		LITROS ANTERIORES: 593																			
		M3S CONSUMO: 20																			
HISTÓRICO DE CONSUMO																					
REF	CONSUMO	VAL	CONSUMO																		
12/2019	8	10/2019	10																		
13/2019	8	09/2019	9																		
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)																		
AGUA																					
RES LITRE 50 F 1000 1 UNIDADE(S)		10 M3	43,27																		
CONSUMO DE AGUA																					
ESGOTO			30,04																		
70,0% DO VALOR DE AGUA			1,51																		
MUESTA P/IMPONIBILIDADE 12/2019			0,76																		
MUESTA DE AGUA 11/2019																					
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)																		
PIS		74,41	1,65																		
COFINS		74,41	7,6																		
			76,67																		
27/01/2020																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Parâmetros</th> <th>Turbidez</th> <th>PH</th> <th>Cond. Total</th> <th>Cloro Residual Livre</th> <th>Temperatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valores Recomendados</td> <td>≤ 5,0 NTU</td> <td>6,0 a 9,0</td> <td>≤ 500 µS/cm</td> <td>0,2 a 2,0 mg/L</td> <td>≤ 10,0 mg/L</td> </tr> <tr> <td>Valores Obtidos</td> <td>0,1</td> <td>7,6</td> <td>100,4 µS/cm</td> <td>0,33</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>				Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Temperatura	Valores Recomendados	≤ 5,0 NTU	6,0 a 9,0	≤ 500 µS/cm	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	Valores Obtidos	0,1	7,6	100,4 µS/cm	0,33	-
Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Residual Livre	Temperatura																
Valores Recomendados	≤ 5,0 NTU	6,0 a 9,0	≤ 500 µS/cm	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L																
Valores Obtidos	0,1	7,6	100,4 µS/cm	0,33	-																



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, consulte o site www.susep.gov.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo:

Centro de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08 às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 81 59 / Outras regiões: 0800 022 12 05

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 59 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Operadora: 0800 021 81 25

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCCOMUNAL/ASPXTIPO+26/000000-20438>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras, sob obrigatoriedade, constituam cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além das informações 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 COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS DEGRADAÇÕES SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/96.

Pelo exposto, eu Rucilene Pinheiro Fernandes

Inscrito(a) no CPF/CNPJ 023.356.324 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Erinaldo de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o nº 023.343.164 / 08

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Francisco Erinaldo de Carvalho

Inscrito (a) no CPF sob o nº 023.343.164 / 08 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e nos fins da presente legislação 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. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Euclides</u>	<u>Deoclécio</u>	Número: <u>36</u>	Complemento: <u>Casa</u>
<u>Barro de São Manoel</u>	<u>Monte</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>59.628-200</u>
E-mail: <u>Wao Povo</u>			Telefone: <u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Monte P. 31/06/2020

x Rucilene Pinheiro Fernandes
Assinatura do Declarante

Dr. Danilo L. de Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia

ORDEM 07:25H

PLT VITUM DE QUBAS DE ROTO, em 19/09/2010
e CUBAS (D)

EF. DOA A PALPÇÃO = CAPTASÃO -1 RECEITO CLY-
VICULTA (D), SEM DEFECTY NO MSD

IV: FX CERO MEDIO DA CLINICA (D) com
POM CORTADO CERO.

CONTA - TIPOVA no MSD

- RECEITA

- ATESTADO 60 DIAS

- Exatidão 70 AUTOLITADO

- ALTA HOSPITALAR

Dr. Danilo
Ogata e Tereza
Ogata

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 08/06/2010

SAME / ARQUIVO

1. O presente documento é válido
para fins de controle de qualidade
e para fins de controle de qualidade

DEMOGRÁFICA



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 MINISTERIO DA JUSTICA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
 IDENTIFICACAO NACIONAL

VALIDADE: 10 ANOS
 1678171411

FOTOGRAFIA

NOME: JACQUES CARLOS DE CARVALHO
 DATA DE NASCIMENTO: 06/05/1941
 SEXO: M
 ESTADO CIVIL: CASADO
 ENDERECO: RUA DA PRAIA, 100, 13010-000, JARDIM BOTANICA, SAO PAULO, SP
 DATA DE EMISSAO: 15/05/1994
 DATA DE VALIDADE: 15/05/2004

ASSINATURA: Jacques Carlos de Carvalho

LOCAL DE EMISSAO: SAO PAULO, SP
 DATA DE EMISSAO: 15/05/1994
 DATA DE VALIDADE: 15/05/2004

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1678171411

RIO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-RN 12006177 00359 Nº 014527113643

CERTIFICADO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO
1
00102170123
2019

NOME: MARIA FRANCISCA DE OLIVEIRA CORREIA

447.700.304-87
PLACA ANT. SUP.
MYU0468/RN

ESPÉCIE: COMPACTO
MARCA/MODELO: HONDA/CG 175 TITAN
ANO FAB: 1998
ANO MOD: 1998

CATEGORIA: PARTICULAR
VENO: COTA ÚNICA
VENO: 18/08/2019

1º 1º ISENTO
2º 2º ISENTO
3º 3º ISENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00
PAGAMENTO: PAGO
OBSERVAÇÕES:

NOTORIS JCSB-W2 44155
18/06/2019

NOTORIS/RN
18/06/2019

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

RN Nº 014527113643 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

VEICULO	1	447.700.304-87	PLACA	MYU0468
ESPÉCIE	COMPACTO	MARCA/MODELO	HONDA/CG 175 TITAN	ANO FAB: 1998
ANO MOD	1998	VENO	COTA ÚNICA	VENO: 18/08/2019
CATEGORIA	PARTICULAR	PREMIO TARIFARIO	0,00	PAGAMENTO: PAGO
OBSERVAÇÕES				

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CHUPA DE LAR 000000000000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200235453 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO **Data do acidente:** 31/03/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P2

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184223/20

Vítima: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

CPF: 023.341.164-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2020

Titular do CPF: FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RUCILENE PINHEIRO FERNANDES : 023.356.124-25

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

FRANCISCO ERINALDO DE CARVALHO : 023.341.164-08

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: 02/07/2020
Nome: RUCILENE PINHEIRO FERNANDES
CPF: 023.356.124-25

RUCILENE PINHEIRO FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA