

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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200346672**

Vítima: JOSE WILSON GOMES

Data do Acidente: 27/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ACLEY JHONATTA DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE WILSON GOMES

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 WILSON GOMES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000042517-0

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, 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (PESOES DE ASSISTÉNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro da ASL: 3 - CPF da vítima: 969 59 2824 - 20 4 - Nome completo da vítima: José Wilson Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 406/2012

5 - Nome completo: José Wilson Gomes 6 - CPF: 969 59 2824 - 20
 7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: Rua: Antônio Nester de Souza 9 - Número: 6236 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Morro 12 - Cidade: Rio de Janeiro 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 26609 - 006
 15 - E-mail: (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 fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.000 A R\$1.600,00 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

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

CONTA POUPANÇA (conta para os bancos de baixa. Assinale uma só):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas as baixas):
 Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/retorno do Seguro DPVAT, se que eu tiver direito, reconhecido e dando, desde já e corrente, após a liberação do crédito, quaisquer ônus do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não encontro atendimento de especialista, salvo o Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, Lei nº 9.639/98/16, art. 1º, inciso V, letra b.

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica aportada e na apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, as custas da Seguradora Lider, 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 rendição de direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Vôvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companionheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companionheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos Falecidos 30 - Vítima faleceu Sim Não 31 - Vítima teve imóveis? Sim Não 32 - Se tinha imóveis, informar: Vivos Falecidos 33 - Vítima deixou Sim Não imóveis? Vivos Falecidos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por todos aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem em sua justificativa, estando vivo, ainda, de que qualquer missão ou desobrigação processual gerará a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 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 - 28 - 11 - Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 29 - 11 - Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 02/08/2020

José Wilson Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS-001 V002/2018

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00044508/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/08/2020 10:41:04 Data/Hora Fim: 04/08/2020 10:41:04

Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Ezez Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 27/06/2020 10:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Dlx Sept Rosado

Logradouro: RN 016 - MOSSORÓ/RN

Ponto de Referência: SAL CAVALINHO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melos Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ WILSON GOMES (VÍTIMA, COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Profissão: Vendedor	Nasc: 21/07/1972 Idade: 48
Estado Civil: Divorciado(a)	
Nome da Mãe: Francisca Elias do Nascimento Gomes	Nome do Pai: Francisco Rosa Gomes

Documento(s)

CPF: 969.592.824-20

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: RUA ANTONIO NESTOR DE SOUZA

Nº: 6230

Bairro: Dlx Sept Rosado

Telefone: (84) 99906-3881 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Ciclomotor
Descrição CICLOMOTOR	CPF/CNPJ do Proprietário: 012.593.964-79
Placa QGO9693	Renavam: 01092160407
Número do Motor: 1P39FMBBA137905	Número do Chassi: LXYXCBL04B0255863
Ano/Modelo Fabricação: 2011/2010	Cor: PRETA
UF Veículo: RN	Município Veículo: Mossoró/RN
Marca/Modelo: I SHINERAY XY50Q PHOENIX	Veículo Adulterado?: Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran: 22/03/2020
Situação do Veículo: NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Wilson Gomes	Proprietário, Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 POLÍCIA CIVIL
 2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00044508/2020

RELATO/HISTÓRICO

DECLARA O COMUNICANTE QUE NO DIA, LOCAL E HORA MENCIONADOS, TRAFEGAVA CONDUZINDO SEU CICLOMOTOR QUANDO, UM ANIMAL (CACHORRO) ATRAVESSOU A PISTA DE ROLAMENTO E FEZ COM QUE CAÍSSE DE SEU VEÍCULO.

DECLARA QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E CONDUZIDO ATÉ O HRTM, PRA OS PRIMEIROS SOCORROS. DECLARA QUE NECESSITA DESTE B.O. PARA SOLICITAR O SEGURO DPVAT. QUE NADA MAIS TEM A DECLARAR.

ASSINATURAS

Erivelton Polari Alves

Agente de Polícia

Matrícula 123.527-3

Responsável pelo Atestamento

José Wilson Gomes

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins da direito que sou eu(a) (não) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderé responder civil e criminalmente pelo presente declaratório que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou do Conhecimento do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

DAMAS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

969.59.2824-20

4 - Nome completo da vítima:

José Wilson Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TÍPICA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPENSO 10/04/2013

5 - Nome completo:

José Wilson Gomes

7 - Profissão:

Vendedor

8 - Endereço:

Rua: Antônio Nester de Souza

9 - CEP:

969.59.2824-20

9 - Número:

6236

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Bom Pastor

12 - Cidade:

Macapá

13 - E-mail:

None

14 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

15 - Nome completo do Representante Legal:

16 - Profissão do Representante Legal:

17 - CPF do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXO 1 CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO 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\$5.001,00

21 - BALDOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTÓR)

CONTA POUPANÇA (Sempre para os beneficiários. Escolha uma opção)

CONTA CORRENTE (seu, seu(a) cônjuge)

Bradesco (237)

Itaú (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

AGÊNCIA: 0560

CONTA: 42537

(Informar o digito de escrita)

(Informar o digito de escrita)

(Informar o digito de escrita)

CONTA:

(Informar o digito de escrita)

Autodeclaro a Seguradora Lider a credênci na conta bancária informada, de minha titularidade, a valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e voluntariamente, a efetivação do crédito, quitando total de valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que fui atropelado de propósito, a título de tentativa de homicídio (Lei 5.176/1947, art. 1º, § 1º).

• Foi o 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 recusa prestar para fins do Seguro DPVAT;

• O IMI 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 laudo do IMI, comprovando, desde já, em meu submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito envolvendo meu veículo automóvel, conforme o disposto na Lei 5.176/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil do Vítima:

Solteiro

Casado (na Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data da morte do beneficiário:

Sim

Não

25 - Grau de Parentesco com o Vítima:

26 - Vítima deixou comprovante(s):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou comprovante(s), informar nome completo:

Sim

Não

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos

Falecidos

30 - Vítima deixou:

Sim

Não

31 - Vítima:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Sim

Não

Vítima: Falecidos

33 - Vítima deixou:

Sim

Não

Vivos

Falecidos

34 - Vítima deixou:

Sim

Não

35 - Vítima deixou:

Sim

Não

36 - Vítima deixou:

Sim

Não

37 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

38 - Vítima deixou:

Sim

Não

39 - Vítima deixou:

Sim

Não

40 - Vítima deixou:

Sim

Não

41 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

42 - Vítima deixou:

Sim

Não

43 - Vítima deixou:

Sim

Não

44 - Vítima deixou:

Sim

Não

45 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

46 - Vítima deixou:

Sim

Não

47 - Vítima deixou:

Sim

Não

48 - Vítima deixou:

Sim

Não

49 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

50 - Vítima deixou:

Sim

Não

51 - Vítima deixou:

Sim

Não

52 - Vítima deixou:

Sim

Não

53 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

54 - Vítima deixou:

Sim

Não

55 - Vítima deixou:

Sim

Não

56 - Vítima deixou:

Sim

Não

57 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

58 - Vítima deixou:

Sim

Não

59 - Vítima deixou:

Sim

Não

60 - Vítima deixou:

Sim

Não

61 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

62 - Vítima deixou:

Sim

Não

63 - Vítima deixou:

Sim

Não

64 - Vítima deixou:

Sim

Não

65 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

66 - Vítima deixou:

Sim

Não

67 - Vítima deixou:

Sim

Não

68 - Vítima deixou:

Sim

Não

69 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

70 - Vítima deixou:

Sim

Não

71 - Vítima deixou:

Sim

Não

72 - Vítima deixou:

Sim

Não

73 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

74 - Vítima deixou:

Sim

Não

75 - Vítima deixou:

Sim

Não

76 - Vítima deixou:

Sim

Não

77 - Vítima deixou:

Sim

Vivos

Falecidos

78 - Vítima deixou:

Sim

Não

79 - Vítima deixou:

Sim

Não

80 - Vít

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: 13/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILSON GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000042517-0

Nr. da Autenticação D2C1D02C4F3FFEDE



CAERN - COMPAGNAIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ GRANDE DO NORTE
Av. Presidente Getúlio Vargas, 1055, Timon, CEP 59615-000
CNPJ: 24.093.425/0004-95 / INSC. Estadual: 2005.026-3
Fone/Fax: (84) 3732-4427 / Celular: (84) 3222-5382

EXCELENTÍSSIMO SENHOR
MORAL
ESTADO
CNPJ: 24.093.425/0004-95
115
115

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 10/06/2020 AS 08:52:58

PERÍODO DE CONSULTA:

01-05-2020

06/2020

FRANCISCO GILBOEIRO DO NASCIMENTO
RUA ANTONIO NESTOR DE SOUZA, N. 6236 - BON PASTOR
MOSSORÓ RN 59600-265

INSCRIÇÃO 303.032.120.1952.000	ROTA 2	DESCRIÇÃO 37-10	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICO
PERÍODO 21AT619178	STATUS DA ÁGUA LIGADO	CHAVE DE ESGOTO POTENCIAL	

CONSUMO ÁGUA (CB): 0

DATA LEITURA: 10/06/2020
LEIT. ATUAL: 15
LEIT. ANTO.: 15
DIAZ CONSUMO: 30

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	Consumo	REF	CONSUMO	MÉDIA
05/2020 0	00/2020 0	03/2020 0	02/2020 0	01/2020 0	17/2019 0	0
04/2020 0	02/2020 0	01/2020 0	17/2019 0			

DESCRIÇÃO
ÁGUA

RES ENTRE 50 E 100H 1 UNIDADE(S)	CONSUMO	TOTAL(R\$)
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	43,77
MULTA P/ IMPONTUALIDADE 05/2020	0 M3	1,77
FATURAS EM ATRASO		
REF 302964 90,36		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	43,77	1,65	0,72
COFINS	43,77	7,6	3,33

DOCUMENTO	19/06/2020	TOTAL PAGO	45,54

INFORMO QUE JÁ ESTÁ DISPONIBILIZADO O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA 2020, REFERENTE A 2019, NO SITE DA CAERN/AGÊNCIA VIRTUAL/ DECLARANDO NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS COM VENCIMENTO EM 2019

Plano de Controle	Período	PH	Cloro Total	Cloro Residual Livre	Período de Monitoramento
2019 - Descentralizado	ESAL	8,2 a 8,5	2,0 a 2,5 mg/L	0,2 a 0,5 mg/L	5 a 10,0 mg/L
2019 - Centralizada	6,83	7,4	100,0 %	1,0	--

62450000000 3 45549106303 4 00614321801 1 06202030003 4

DATA	MES / ANO	VALOR	VALOR
10/06/2020	19/06/2020	45,54	45,54



COMPROVANTE DA CAERN



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESSENCIAS DO RIO GRANDE DO NORTE
Av. Frei Serafim Salgado, 1205, Niterói, CEP 59090-000
CNPJ: 08.331.333/0003-55 / INSC. Estadual: 20055.742-3
Fone/Fax: (84) 3222-4432 / Guita/fone: (84) 3222-4582

EXCELENCIA EN ATENCION AL CLIENTE

PRINTED ON 10/08/2020 AT 09:52:58 BY SERVIZIO GESTIONE INFORMATICA

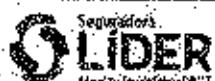
Specimen	Specimen ID	Specimen Type	Specimen Volume	Specimen Description	Specimen Received Date	Specimen Description
1	55487	5.0 x 0.5			5.2 ± 2.8 mg/dL	5.106 mg/dL
2	6.83	7.4	100.0 %	1.0		—

004	MEG / AND 000-2020	00000000 19/06/2020	00000000 45.50
-----	-----------------------	------------------------	-------------------

caern

The logo for Caern, featuring a stylized circular emblem to the left of the brand name.

COMPROVANTE DA CAERN



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre identificações e práticas de organização para o Brasil, nos dias 28 e 29 de 2016).

Capitais e regiões metropolitanas: 1020-1556 / Outras regiões: 2580 022 22 04

SAC (para reclamações e sugestões): 24 horas por dia: 0800 022 9295 / Outras regiões: 0800 922 22 04

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento digital da Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 465/12, disponível no endereço eletrônico:

<https://www2.susen.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCOORIGINAL.ASPX?IPO=1&CONECTA=29636>

A CIRCULAR SUISER nº 445/12, que trata da prevenção à favaparéia 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 necessidade de renda mensal, além de recolhimento de contribuição previdenciária.

A recusa em fornecer as informações de uroflasão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, constado, por determinação da referida Circunstância, esta recusa é considerada de comunicação ao SIAZ?

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PREVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, ILICITOS, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°99.613/98.

Pela exposição, eu Alexy Monatta de Freitas

Interest on C&P/C&P 11/18/804.954 = .98

inscrito (a) no CPF/CNRA 021 804 939-796 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Wilson Gomes inscrito (a) no CPF sob o N° 969.592.824-20
do sistema do DEDET com certidão de
invalidade de 08/03/2008. José Wilson Gomes

969592824 20

Conforme determinação da Circular Susep 845/22:

Declaro Profissional: Paulo Henrique - Até a data: 01/01/2022 - e apresento os documentos comprobatórios:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lidei-DIVSAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante da residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista na legislação.

Endereço: Rua Antônio Nester de Souza Número 6236 Complemento: Casa
Bairro: Bom Pastor Cidade: Maringá Estado: PR CEP: 59609-005
E-mail: nego.pazzini@uol.com.br Telefone: (44) 99821-0066

Adley Izamotto de Faria Assinatura do Declarante



act

ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 62332 - JOSE WILSON GOMES (47 a 11 m 6 d)

Nascimento: 21/07/1972 Natural: BARAUNA BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 96959282420 Prof:
Mãe: FRANCISCA ELIAS DO NASCIMENTO GOMES Pai: FRANCISCO ROSA GOMES
Logradouro: ANTONIO NESTOR DE SOUZA, 0 Cidade: MOSSORÓ
CEP: 59609005 Bairro: DIX-SEPT ROSADO
Telefone: 84.99063881 Compl: (LOT B PASTOR)

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: SOZINHA

Tipo: NÃO REGULADO

*Empresa:

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: LUXAÇÃO E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO

Dt e Hora:

Diagn. Inicial:

Assin:

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

CID _____ Proc. _____ Data: _____ / _____ /20, Hr: _____ : _____ Médico: _____

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 27 de Junho de 2020.

(Assinar e Carimbar)

fratura 2/3 distal perônico
(Botta valer).
com: placa metálica (Redondo).
Prognóstico: cura.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME ORIGINAL
E-116 MOSSORÓ 21/10/2020

SALVO ARQUIVO

Dr. Nayara G. Souza
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 04.5726

DATA DEISSUÍDA: 21/10/2020
MOTIVO: CONSULTA DE CONSERTO
DE FRATURA PERÔNICO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

 Mes: 1 Fem: 3

11 - NOME DA MÃE

 12 - FONE DE CONTATO
 DDD N° DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

 14 - FONE DE CONTATO
 DDD N° DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura 113 di 8401 de pulso
 esquecida.
 Boutou valor

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

- Necesidade de fixação crônica
- Fratura sustentada

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura radio distal SS2.5

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04018020407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

27/06/2011

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

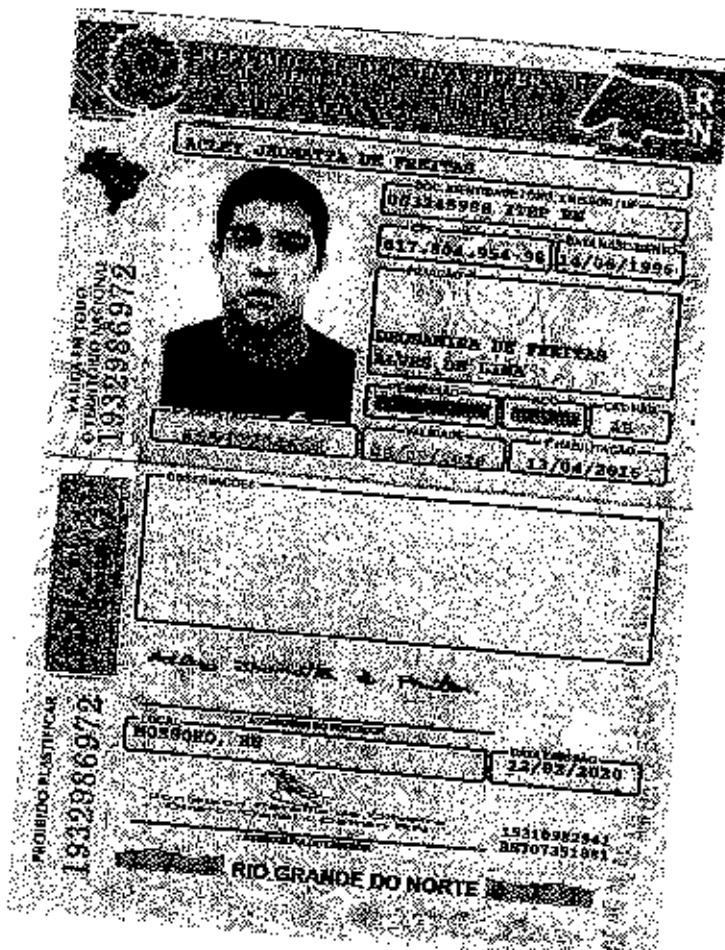
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

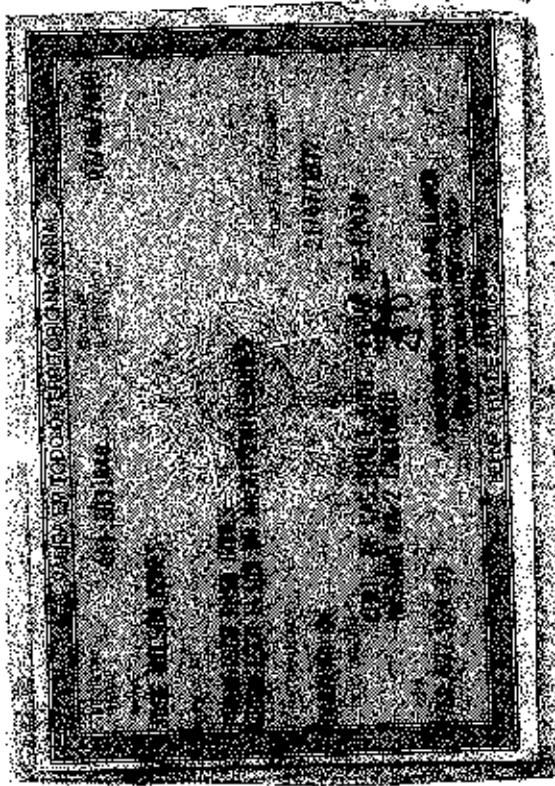
() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Utkins



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346672 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILSON GOMES **Data do acidente:** 27/06/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 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: 3200346672 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILSON GOMES **Data do acidente:** 27/06/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Wilson Gomes, brasileiro(a),
estado civil: Divorciado, Profissão: Vendedor, Data do Acidente 24/06/20
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 001.383.840, órgão expedidor
Step RN e do CPF: 969.592.824-20, residente no(a)
Rua Antônio Nester de Souza nº 6236,
bairro: Bom Pastor, município: Mossoró, RN.

OUTORGADO:

Nome: ACLEY AHONA TTA DE FREITAS, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: ASG, portador(a) do RG
003.245.988, órgão expedidor Step RN e do CPF: 017.804.954-98, residente
no(a) Rua Antônio Nester de Souza nº 6236,
bairro: Bom Pastor, município: Mossoró, 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.

Mossoró RN 04/08/2020

Local e Data

João Wilson Gomes

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE MOSSORÓ - RN

Sua Santos Dumont, 50, Centro - Titular: LUCINETE BEZERRA DE MENDONÇA FREIREDES

Cont.: (84) 3213812 - E-mail: cartorio2@mossoro.rn.gov.br

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE as (s) firma(s) de JOSE

WILSON GOMES [969.592.824-20]

Confira em: <https://sele.digital.jfn.jus.br>

Seal Digital: RN202000048460032733GJX

Mossoró-RN, 04 de agosto de 2020 11:38

Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabelião

Substituta

Op: ANIELE E-mail: 2.83.95041.014 - TOTAL: 2.87

AC55004

