DECLARAÇÃO

EU [illegible]

portador (a) da cédula de RG de N° [illegible] e CPF [illegible] Declaro para Os devidos fins que estive no Banco [illegible]

para regularizar minha conta [illegible] de agência [illegible], número [illegible] para pode receber o beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

[illegible] de [illegible] de [illegible]

x [illegible]

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Michel Rodrigues Leite Filho, brasileiro(a), estado civil: casado, Profissão: Pescador, Data do Acidente 30.11.2020 Cobertura seguro, portador(a) do RG 001.262.376, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 051.741.274-23 residente no(a) Tv. Marechal Deodoro nº 243, bairro: Centro, município: Natal / RN.

OUTORGADO:

Nome: Thiago da Silva Leite, brasileiro(a) estado civil: Casado Profissão: Pescador, portador(a) do RG 001.334.654, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 058.399.634-87 residente no(a) Tv. Marechal Deodoro nº 249 bairro: Centro, município: Natal / 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, 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.

Natal/RN, 05 de Maio de 2021

Local e Data

Michel Rodrigues Leite Filho

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084472/21

Vítima: ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO **Data do acidente:** 30/11/2020

CPF: 021.741.274-23 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TEREZINHA DA SILVA COTIA : 852.395.694-87

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

ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO : 021.741.274-23

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/03/2021 Nome: TEREZINHA DA SILVA COTIA CPF: 852.395.694-87	Data do cadastramento: 23/03/2021 Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA CPF: 103.995.364-69
TEREZINHA DA SILVA COTIA	THIARA VIRGINIA DA HORA

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 Abril de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210100051

Vítima: ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO

Data do Acidente: 30/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TEREZINHA DA SILVA COTIA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro na ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ( ) (informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1472 (4) (informar o dígito se existir) CONTA: 3 9 2 2 2 (4) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que tenho direito, mediante crédito em banco, desde já e somente após a efetivação do crédito, que terá total eficácia e quitação.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se assim for, assumo o ônus, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, e me obrigo a encaminhar à Seguradora Líder, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data do pedido, a avaliação médica as custas da seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prova concordância com o laudo pericial médico ou mesmo a ser dispensado de contestá-lo, mas discorda do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da Vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civ.) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) nascer? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida a indenização do Seguro DPVAT, por morte aos beneficiários que se apresentarem a provarem esta condição, estando ainda ciente de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do art. 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ananindeua, 20/02/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL

- AUTOATENDIMENTO -

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

CLIENTE: VITORIA K LEAL NORONHA
AGÊNCIA: 36-1 CONTA: 101872-8

FAVORECIDO
AGÊNCIA: 477-4 CONTA: 25837-7
CLIENTE: ADERBAL R COTIA FH

DATA: 08/03/2021

Fls: 1
Visto:

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MACAU - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 00083086/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/12/2020 [illegible] Data/Hora Fim: 14/12/2020 [illegible]
Delegado de Polícia: Sandra Regina Souza Soares

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Macau
Data/Hora do Fato: [illegible] (Hora Aproximada)
Local do Fato
Município: Macau - RN
Bairro: Praia de Camaratuba
Ponto de Referência: Balsa
Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não informe

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADERBAL RODRIGUES COSTA FILHO (VÍTIMA - COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 23/06/1971 Idade: 49
Profissão: Administrador
Estado Civil: Sem Informação Naturalidade: Macau - RN
Nome da Mãe: Terezinha da Silva Costa

Documento(s)
CPF: 021.741.274-23
Endereço
Município: Macau - RN
Logradouro: RUA MARECHAL DEODORO Nº: 269
Bairro: CENTRO CEP: 59.500-000
Telefone: (84) 999.85-[illegible] Celular

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo
Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 021.741.274-23
Placa: IOVZ91[illegible]
Renavam: 01007932544
Número do Motor: JD2E2E00[illegible]
Número do Chassi: 9C2JC2820ER0[illegible]
Ano/Modelo Fabricação: 2014/2015
Cor: PRETA
UF Veículo: RN
Município Veículo: Macau
Marca/Modelo: HONDA/NXR125 BROS ES
Veículo Adulterado?: Não
Situação: Envolvido
Última Atualização: Quarta-feira 09/12/2020
Situação do Veículo: ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RENAJUD

Nome Envolvido	Envolvimento
Aderbal Rodrigues Costa Filho	Proprietário

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACATU - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 00083086/2020

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta Delegacia de Polícia para informar que na data e hora acima citada seguia em direção ao trabalho quando o veículo acima descrito derrapou na estrada de barro, afim de evitar uma colisão com outro veículo, o qual transitava acima da velocidade permitida na via, ocasionou; Que, naquele momento, não foi possível identificar o outro veículo; Que, em razão dos fatos acima descritos, caiu no chão e fraturou o ombro esquerdo; Consta no prontuário de atendimento médico em anexo; Que foi encaminhado até o Hospital Antônio Ferraz onde recebeu os primeiros socorros e foi encaminhado posteriormente para o Hospital Antônio Prudente em Natal/RN. Foi orientado a registrar o boletim de ocorrência para receber o seguro DPVAT. Nada mais disse nem lhe foi perguntado.

ASSINATURAS

Edwilson Medeiros Campos
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula 195138-1
Responsável pelo Atendimento

Adielba Rodrigues Costa Filho
Vítima/Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que as informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que declaração falsa caracterizará crime, sujeitando-me, portanto, às penas da lei, conforme previsto nos Artigos 299 do Código Penal e 340 do Código Penal Brasileiro."

Seguradora **LÍDER**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	[illegible]	[illegible]

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: [illegible] 6 - CPF: [illegible]

7 - Profissão: [illegible] 8 - Endereço: [illegible] 9 - Número: [illegible] 10 - Complemento: [illegible]

11 - Bairro: [illegible] 12 - Cidade: [illegible] 13 - Estado: [illegible] 14 - CEP: [illegible]

15 - E-mail: [illegible] 16 - Tel.(DDD): [illegible]

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**
☐ **Banco do Brasil (001)** ☐ **Caixa Econômica Federal (104)**

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: [illegible]

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: [illegible] ☒ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** [illegible] ☒ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente com base na documentação apresentada, comprovando, desde já, em me submeter a avaliação médica das custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º §2º, concordando que esta autorização não pode ser considerada como a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso cubra a indenização do Seguro DPVAT, por morte aos beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art. 299 do Código Penal.

MÃO ALFABETIZADO

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: [illegible]
CPF: [illegible]
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: [illegible]
CPF: [illegible]
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: [illegible]

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): [illegible]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.002 V002/2019

CEMIG

.034613001G . . 11/2020

10/09/2020 11/10/2020

100,00

COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte

[illegible]

DADOS DO CLIENTE

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

[illegible]

034613006		11/2020
19/11/2020		11/12/2020
		166,62

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALORES (R$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	217,000000	[illegible]	[illegible]
Consumo Ativo (kWh)-TE	217,000000	[illegible]	[illegible]
Contrib. Ilum. Pública Municipal			[illegible]
Multa por atraso [illegible]			[illegible]
Juros por atraso [illegible]			[illegible]
Atualização Monetária [illegible]			[illegible]

TOTAL DA FATURA [illegible]

MEDIDOR	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMIDO	AJUSTE	CONSUMO FATURADO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Geração de Energia		[illegible]	[illegible]
Transmissão		[illegible]	[illegible]
Distribuição (Cosern)		[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia		[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais		[illegible]	[illegible]
Tributos		[illegible]	[illegible]
Total		[illegible]	100%

[illegible]

	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO MÁXIMO
	220	202	[illegible]

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2]

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por final cade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible], na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible], do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da Vítima [illegible], inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible], conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
[illegible]		[illegible]	[illegible]
Bairro	Cidade	Estado	CEP
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
[illegible]		[illegible]	

[illegible] de [illegible] de [illegible]

Local e Data

[illegible]

Assinatura do Declarante

DI DRL.001 V001/2017

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Pronto Socorro Alfredo Teixeira
Av. João V. de Almeida, s/n – Porto São Pedro.
Fone (84) 3521-2418

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, conforme consta no livro de atendimento da recepção e no boletim de atendimento, que no dia 30/11/2020 as 07:56, o senhor Aderbal Rodrigues Costa Filho, na época com 49 anos, nascido no dia 29 de junho de 1971, natural de MACAU/RN portador do CPF: 021.741.274-23, e do RG. 1.262.376 domiciliado na Av. Marechal Deodoro, 249 MACAU/RN, deu entrada nesta unidade hospitalar, vítima de acidente motociclístico (queda). Foi atendido pelo medico plantonista Drª. Gisele Matrioli CRM/RN- 6850 e liberado para sua residencia.

Sem mais para o momento, nos colocamos a inteira disposição para maiores esclarecimentos.

Macau/RN, 09 de Março de 2021

Ivani Vareia Bento da Silva
CPF 249.080.345-68
Diretora Administrativa

Ivani Vareia Bento da Silva
Diretora

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO SOCORRO ALFREDO TEIXEIRA
AV. JOÃO VALENTIM DE ALMEIDA S/N - FONE: 3781-1410

MACAU

BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME:
ENDEREÇO:
IDADE:
DATA DE ATENDIMENTO:
SEXO:
NATURALIDADE:
RG:
CARTÃO SUS:
CPF:
NOME DO RECEPCIONISTA:
HORA/HS ENTRADA:

TRIAGEM

SINAIS VITAIS:

PA:
TEMPERATURA:
PESO:

QUEIXA PRINCIPAL

HISTÓRIA PREGRESSA

HAS ( ) CIRURGIA ( ) EPILEPSIA ( )
DM ( ) FRATURAS ( ) DSTs ( )

OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO

NOME DO ENFERMEIRO

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

NOME DO MÉDICO:

PACIENTE LIBERADO ÀS ____ DATA ____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACAÉ

RECEITUÁRIO

Pc: Adinael Rodrigues

Paciente vítima de acidente automobilístico c/ dor em ombro esquerdo e limitação de movimento. RX c/ fratura de cabeça e colo do úmero.

Internado comunicação com o Dr. 3203-5000 em urgência.

Encaminho paciente para avaliação ortopédica!

Fente Tenoxicam (6)
Dipirona (6)

Gisele Malloni
Clínica Geral
CRM-RJ 52.[illegible]

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACAU

RECEITUÁRIO

Nome: Adriel Balanquan

Recomendo retirar da
medicação anticoagulante
c/ AAS em ambos segundo
a terapia de manutenção
da cardiopatia de origem e
CCO de Macau.

Atestado comunicação
com o nº 3208-5000
para macau.

encaminho paciente
para hospital especializado!
Pois necessitam de
acompanhamento!

Gisele Martins
Médica

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO às 13:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dia(s), a partir de 02/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S422

Código da Doença

Natal, 02/12/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

DIEGO GARCES CRUZ

CRM 10024

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : eRZNC20UMT9C2

ANTONIO PRUDENTE

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA
R PRESIDENTE QUARESMA, 930 - LAGOA SECA (85)325590-90
59022-215 NATAL - RN

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO às 16:14, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 30/11/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S422

Código da Doença

Natal-RN, 30/11/2020

Local e Data

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 11.95

Assinatura do Médico

RICARDO ARAUJO

CRM 5001

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : 8NOQE10U4A0C2
Solicitacao da Senha : 30/11/2020 13:38:41

ANTONIO PRUDENTE

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA
R PRESIDENTE QUARESMA, 930 - LAGOA SECA (85)325590-90
59022-215 NATAL - RN

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO às 16:10, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dia(s), a partir de 01/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S422

Código da Doença

Natal 01/12/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

DIEGO GARCES CRUZ

CRM 10024

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BBKQB20U4T9C2

TOMOGRAFIA - HAPNATAL

Data 30/11/2020

Paciente...: 4884220 , ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO **Nascimento.: 29/06/1971 Sexo:M**
NºPedido: 39750630 **RG.: 1262376** **CPF.: 02174127423**
Convênio...: HAPVIDA NATAL Matrícula..: 56072000802000019
Solicitante: Dr(a) RICARDO ARAUJO

Exame:	**Dt Realização:**	**Dt Liberação:**
TC DE OMBRO ESQUERDO	**30/11/20 14:51**	**30/11/20 15:37**

TÉCNICA:
- Exame realizado em equipamento multislice com aquisição volumétrica.
- As imagens foram submetidas a reformatações multiplanares.

ANÁLISE :
- Presença de fratura complexa, cominutiva em úmero proximal, com formação de fragmentos ósseos ao redor da cabeça umeral, envolvendo importante cominuição e formação de pequenos fragmentos ósseos ao redor do sítio da fratura.
- Redução de espaço articular, com formação de osteófitos marginais em glenoumeral.
- Aumento de partes moles ao redor da cabeça umeral esquerda.
- Demais estruturas ósseas estão íntegras.
- Não há evidência de derrame intra-articular significativo.
- Articulação acrômio-clavicular com aspecto habitual.
- Musculatura da região sem alterações.

ID :
- Os achados são compatíveis com a indicação clínica de fratura cominutiva em úmero proximal.

EXAME DOCUMENTADO EM CD.
ATENÇÃO :
Todo exame complementar necessita de correlação com os dados clínicos do paciente. Estamos a disposição para esclarecimentos adicionais e revisões posteriores dos laudos para correlação com informações detalhadas da história clínica do paciente.

rm

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

HAPVIDA DIAGNÓSTICO

hapvida Diagnóstico

RAIO X - HAPNATAL

Data 21/12/2020

Paciente...: 4884220 ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO **Nascimento.:** 29/06/1971 **Sexo:** M
NºPedido: 40176184 **RG.:** 1262376 **CPF.:** 02174127423
Convênio...: HAPVIDA NATAL Matrícula..: 560720008020000019
Solicitante: Dr(a) ARTHUR DA COSTA LIM

Exame:	Dt Realização:	Dt Liberação:
RX ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	21/12/20 14:25	21/12/20 17:23

RELATÓRIO:

ESQUERDO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em úmero com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS .: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.
TFS

COSMO ALVES DE AQUINO CRM 4252-RN

hapvida

Faz bem pra você

Para

Adnaldo R. C. Filho

Laudo

Artrose

+60 anos

dia de 12-12

02 anos

Atestado

30/11/2020

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5[illegible]

hapvida

Faz bem pra você

Amanhã

terça-feira

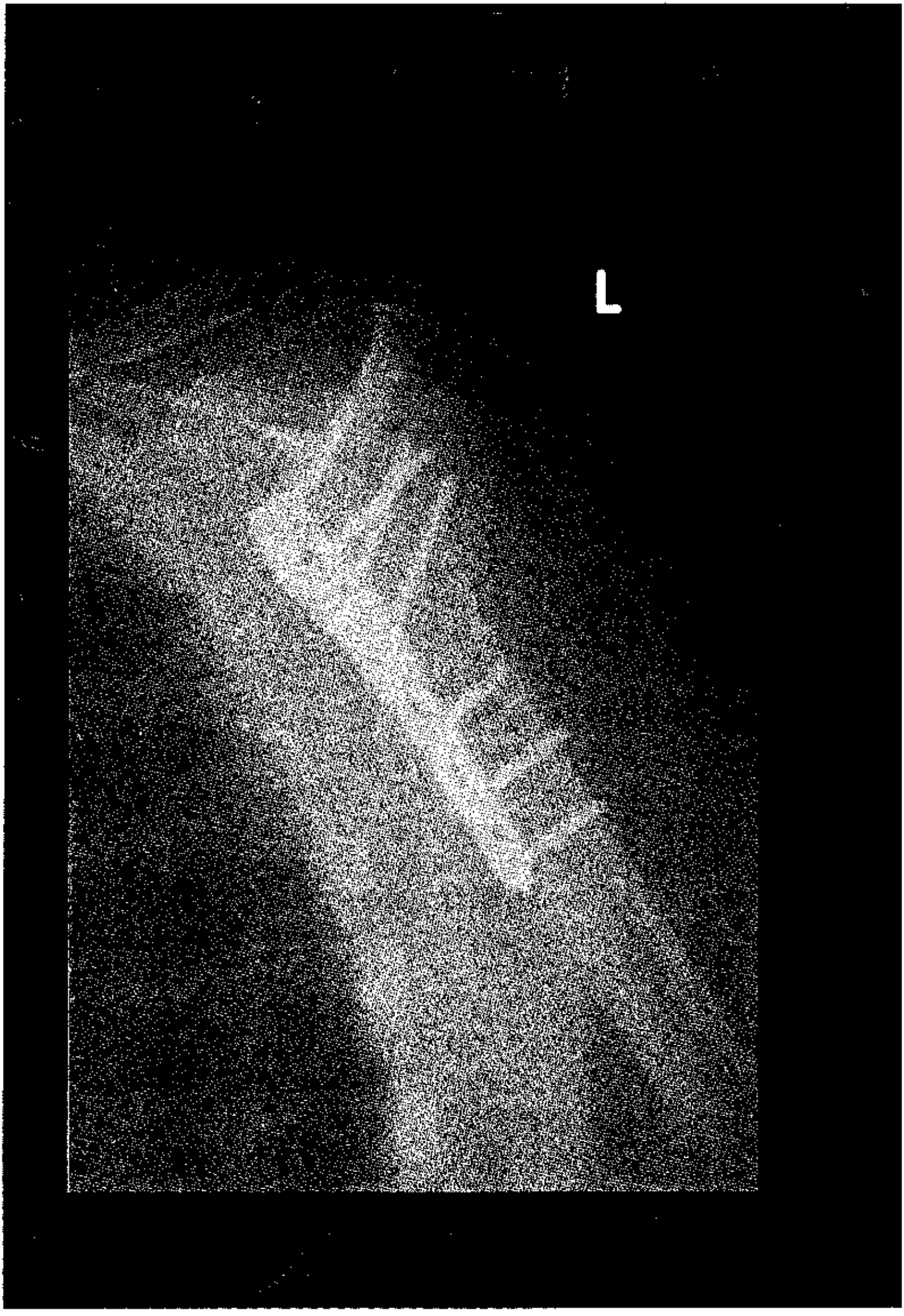
01-07

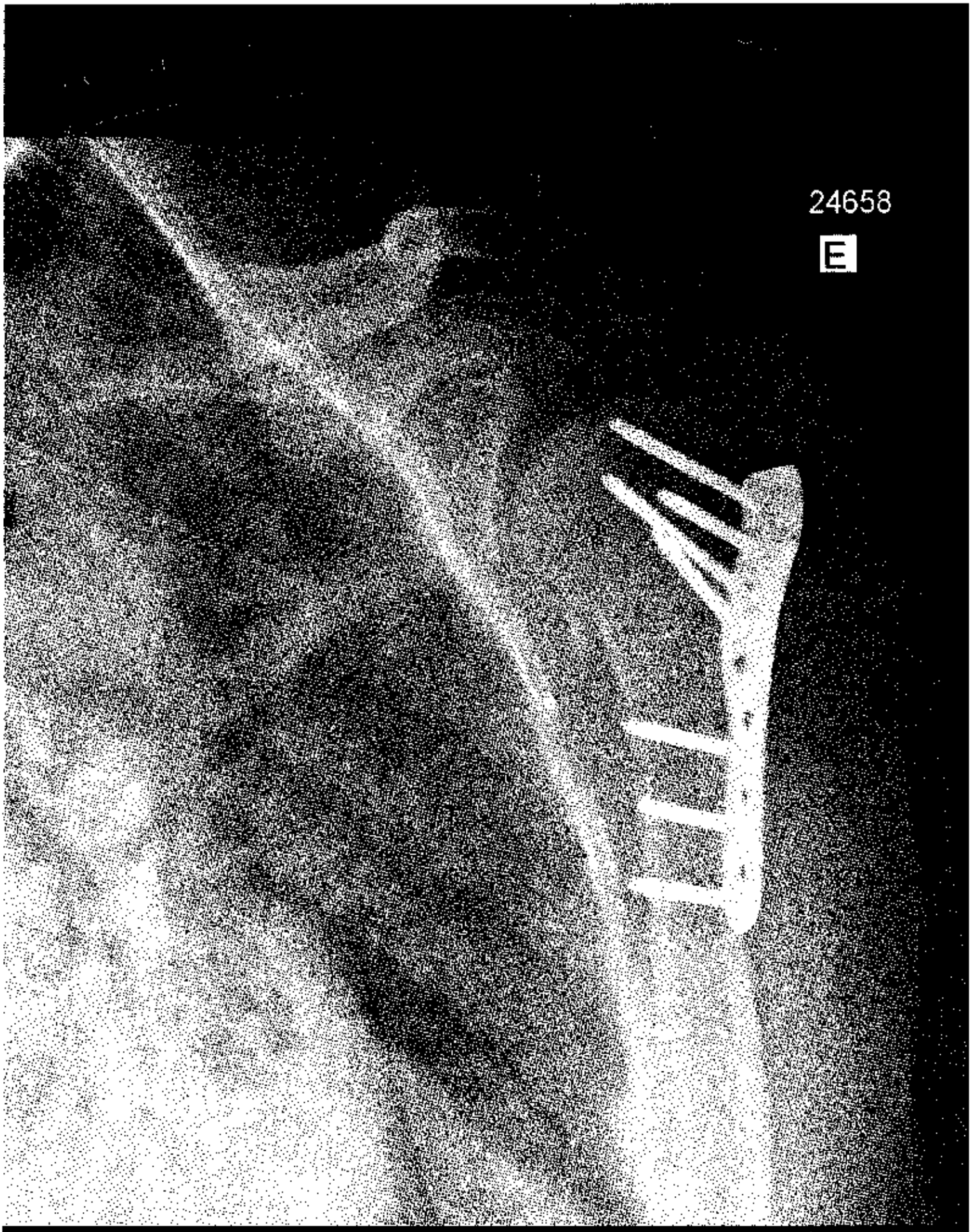
10:00h

Dr. Ricardo Araujo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3001 TEOT 11295

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+ Odonto): 4002 2722 - Call Center (+ Odonto - interior): 0300 313 9094

www.hapvida.com.br


L


24658
E

Paciente: ADERBAL RODRIGUES COUTIA FILHO
N º do Paciente: 1380777
Data de Nascimento: 29/06/1971
Data do Exame: 30/11/2020

Solicitante:

Sexo: M
Convênio:

RADIOGRAFIAS DO OMBRO ESQUERDO

Fratura da cabeça e colo umeral.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Relação gleno-humeral mantida.

Altura acromioclavicular usual.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Dr(a). Priscila Bianchessi CRM: 88001- SP RQE: 44979-SP
Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda / CRM ES 1964-55

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

Terezinha da Silva Cotia

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001.324.654 31/01/2020

TEREZINHA DA SILVA COTIA

NAO DECLARADO
FRANCISCA CALIXTO DA SILVA

MACAU RN 20/06/1939

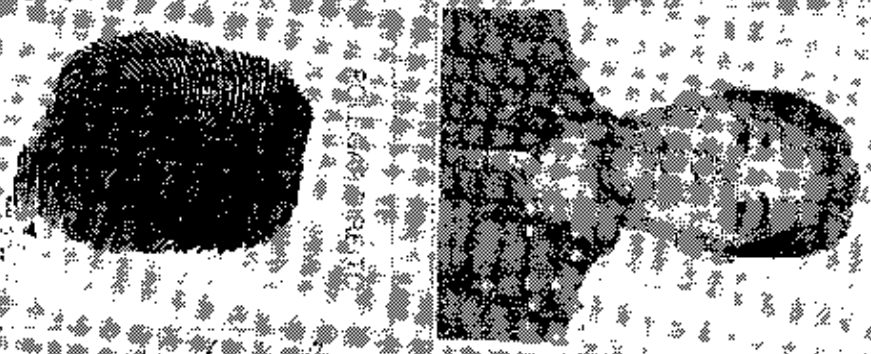
CERT. DE CASAMENTO L-B-05 F-95 RG-1584
MACAU RN-2 CARTORIO

652.385.694-87 2a. VIA

Arigida Zulad R. M. de Souz
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001.282.376 23/04/2019

ADERBAL RODRIGUES COTIA FILHO

ADERBAL RODRIGUES COTIA
PEREZINHA DA SILVA COTIA

MACAU RN 29/06/1971

CERT. DE CAS-DIV L-B-03 F-279 RG-490
MACAU RN-2 CARTORIO

021.741.274-23 2a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11343 // 00221 Nº 013972491475

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01007982524	**********	2018

NOME: ADERBAL RODRIGUES COSTA FILHO

CPF / CNPJ: 021.741.274-23

PLACA: OVZ9183

PLACA ANT / UF: OVZ9183/RN

CHASSI: 9C2JD2320ER004035

ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVE

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/NXR125 BROS ES

ANO FAB.: 2013 ANO MOD.: 2014

CAP / POT / CIL: 0CV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA: PARTICULAR

COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
R$ 0.00	18/07/2018	1ª PAGO
		2ª PAGO
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	3ª PAGO
014907 3X	R$ 25.59	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO	***	DPVAT: PAGO	

OBSERVAÇÕES:
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.534.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: JD23E2E004035

MACAU/RN

DATA: 18/07/2018

Luiz Eduardo Machado Paulet
DIRETOR GERAL
DETRAN - RN
EXECUTOR

DENATRAN

CONTRAN

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

RN Nº 013972491475 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	18/07/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	021.741.274-23	OVZ9183

RENAVAM	MARCA / MODELO
01007982524	HONDA/NXR125 BROS ES

ANO FAB.	DV	Nº CHASSI
2013	9	9C2JD2320ER004035

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL DO PRÊMIO DO SEGURO (R$)

PAGAMENTO		DATA DE CITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04