

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA
Nº Sinistro: 3170471885
Vitima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA
Data do Acidente: 13/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170471885**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

Sinistro: 3170471885
Vítima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA
Data do Acidente: 13/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170471885** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

Sinistro: 3170471885
Vítima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA
Data do Acidente: 13/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170471885** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170471885

Vítima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

Data do Acidente: 13/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3170471885**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12674726





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco Kubio da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 002.517.900 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 30/10/2003
 CPF 063471834-65 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO perante
 E RENDA MENSAL DE R\$ Ricardo () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Kubio da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0560 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00023427-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Monaró RN de 23 de Agosto de 2017 Francisco Kubio da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas com tratamento médico e hospitalar.

Scanned by CamScanner





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
SEGUNDO DISTRITO POLICIAL - 2º DP - MOSSORÓ/RN
Rua Antônio Veloso de Sá, nº 10, bairro Nova Belém, Mossoró - RN, Tel. (0xx84) 3315-5592



584814181009120

10 JUL 2017

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



12049

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA SOCIAL

25 AGO 2017

PROTÓCOLO

AG: NATAL

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA LESIONADA

Local do acidente: Rua Antônio Veloso de Sá

(nome da rua, bairro, cidade, etc)

Data e hora do acidente: 13/06/2017. Por volta das: 18 : 04 horas

DADOS DO COMUNICANTE/VÍTIMA

Nome: Francisco Klebio da Silva

Documento(s): RG: 002517900 CPF: 063.171.834/65

Naturalidade: Brasileiro(a) **Estado Civil:** solteiro () Casado () União Estável (X) Divorciado () outros ()

Data de Nasc: 03/04/87 **Idade:** 30 **Local de Nascimento:** Mossoró - RN

Nome do Pai: Francisco Pereira da Silva **Nome da mãe:** Maria Marta Lima da Silva

Endereço: Rua Dom José de Medeiros Leite, 01 Mossoró

(nome da rua, nº, bairro, cidade, etc)

VÍTIMA: O comunicante.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A vítima estava como: passageiro () ou condutor(a) do veículo (X)

Nome do condutor do veículo: Francisco Klebio da Silva CNH nº 04221447947

Dados do veículo envolvido no acidente que transitava a vítima:

Veículo tipo: (X) moto, () carro, () outros (especificar): motocicleta

Marca/Modelo: Yamaha IT415 Bysptom K **Ano:** 2012

Cor: Preto **Placa:** NOD 3024 **Chassi:** 9C6KE3560C001960

Renavan: 00468283986 **Proprietário:** Jovanna Goreia da Costa Silva

O acidente ocorreu devido: () colisão de veículos () atropelamento (X) vítima praticando a ação ex. queda.

De forma resumida descreva como ocorreu o acidente (com letra de forma ou legível):

Que a vítima Francisco Klebio da Silva, condutor do veículo acima citado, quando colidiu com um animal, vindo a cair, teve lesão corporal que no momento ungiu-se como garupa pelo exposto de nome Glediane Kelly da Silva, que teve fraturas.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: 1) Todas as informações constantes no histórico deste boletim são de responsabilidade do comunicante. 2) Nenhum servidor desta delegacia compareceu ao local do fato, sendo o presente Boletim lavrado como declaratório para fins de solicitação do Seguro DPVAT, não existindo interesse em representação criminal.

Data e Horário do Registro: Mossoró/RN, 05/07/2017, às 09 h 40 min.

Francisco Klebio da Silva
Assinatura do Comunicante/vítima

[Assinatura]
Assinatura do Policial e matrícula.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Francisco Kleber da Silva, portador da carteira de identidade nº 002.514.900 e inscrito no CPF/MF sob o nº 063.141.834-65, residente e domiciliado na R. Dom João de Medeiros Leite, nº 01, Abaíco II, Cidade Mossoró, Estado RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mossoró 23 de Agosto de 2017

Local e data





SAMU
MOSSORÓ
192

Comprovação de ato declaratório
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 386

Mossoró 19 Junho de 2017

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a) **GEOVANA KELLY DAS NEVES RODRIGUES**,
RG 003.087.679 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 30

Nome do Paciente: **FRANCISCO KLEBIO DA SILVA**, 30 anos.

Data: 13/06/2017

Local da ocorrência: Rua: Antônio Vieira de Sá.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 01.

Hora do Chamado: 18h 04min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x animal.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU,
encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

Silvania do Monte Santiago

Agente administrativo SAMU/Mossoró

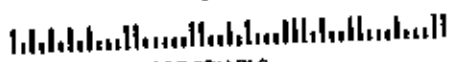
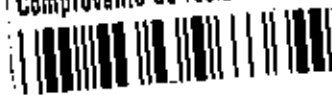
Dixon Fradik Medeiros de Lima

Matrícula 405418-2

Diretor do SAMU/ Mossoró



Comprovante de residencia



CTC SANTO ANDRE SPM PL6
FRANCISCO KLEBIO SILVA
R DON JOSE M LEITE 1
ABOLICAO II
59612-190 MOSSORO RN

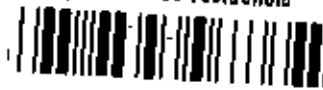
00707255

Vencimento: 20/05/2017 Postagem: 09/05/2017

Cod. 086701255/05-2016



Comprovante de residência

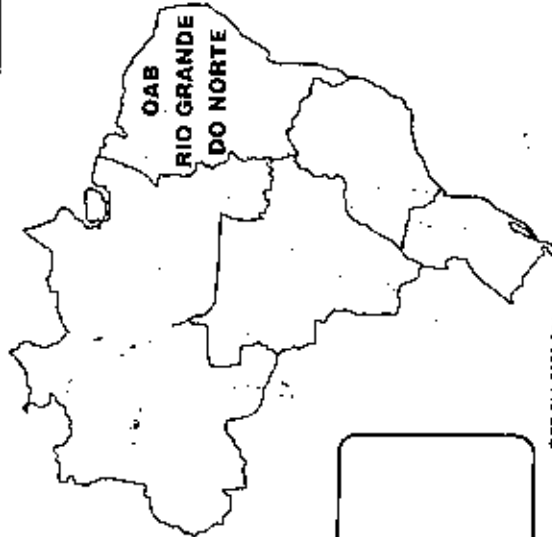


CARNÊ DE PAGAMENTO

ANUIDADE 2017



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO FEDERAL



OAB
RIO GRANDE
DO NORTE



CTC SANTO ANDRE SPN-PLS

RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL
RUA VIRGINOPOLIS, 80 - CD. URUACU IV - A
NOVA PARNAMIRIM
59150-080 - PARNAMIRIM / RN



00110970

RST.011.0970.001

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 AGO 2017
PROTOCOLO
AG: NATAL



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável 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 finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Dupaina Cortez Laval, portador(a) do RG nº 002.525.128, expedido por SSP/RN, em 28 / 11 / 2003, CPF/CNPJ nº 080.034.304-64, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Francisco Klebio da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Francisco Klebio da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

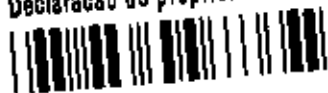
Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ RECUSA

Documentos comprobatórios: OAB e comprovante de Residência

Rafaela Dupaina Cortez Laval
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



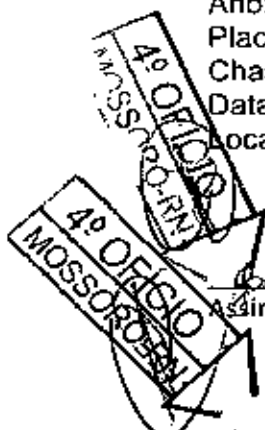
Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

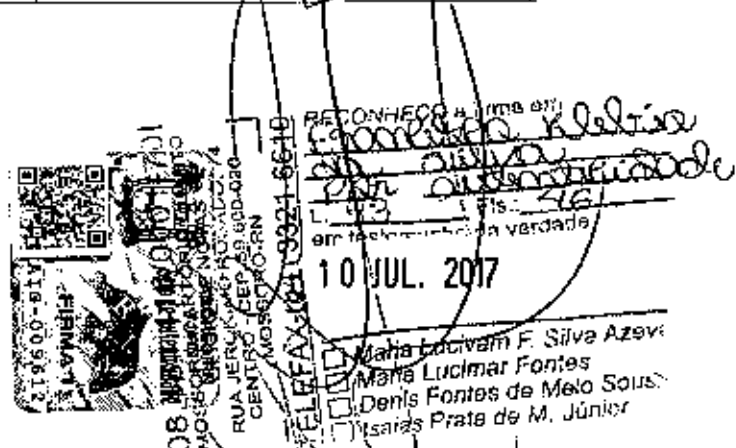
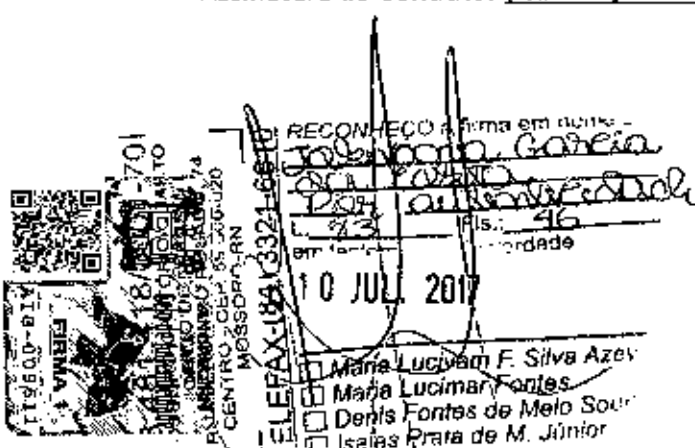
Eu, Francisca Garcia da Costa Silva,
RG nº 003.079.825, data de expedição 15/10/2010
Órgão SSP, portador do CPF nº 096.639.294-99, com
domicílio na cidade de Mossoró, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: Teófilo Dantas Calvita, nº 238,
complemento próximo ao SIA declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco Kleber da Silva, cujo o condutor era
Francisco Kleber da Silva.

Veículo: Yamaha T115
Modelo: crípton R
Ano: 2012
Placa: N0B 3924
Chassi: 9C6KE1560C0012860
Data do Acidente: 13/06/2017
Local e Data: Mossoró - RN - 10/07/2017



Francisca Garcia da Costa Silva
Assinatura do Declarante

Francisco Kleber da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Governo do Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria de Estado da Saúde Pública

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCEL

PRONTO SOCORRO VINGT-ROSA NETO

Documentação médica - hospitalar

REGISTRO N°

2.603.982

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Francisca Kláudia da Silva D. N. 1/1 Idade: 30
Profissão: _____ Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: Joanna Maria da Conceição, 295 Bairro: Pinheiro TE
Cidade: Mossoró U.F. RN Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 13 106 117

Hora: 18:33

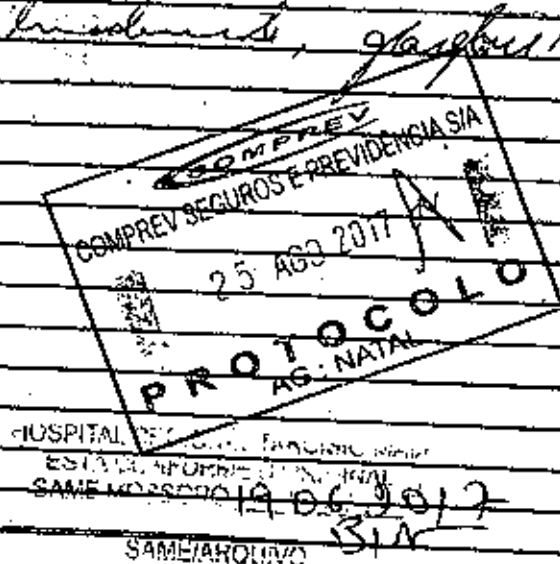
A.C.C.R.: _____

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de queda de bicicleta, com relato de dor
de coluna, náusea, vômito; Dor no local de queda, supralige

2 - EXAME FÍSICO

Shor ante punho, úmido, intacto, brônquios, glândulas
de salivário, M.E.P.



3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Fratura de M.E.P.

Dr. Yury Biaz Campos
Georgio Vazquez - Egoza Vazquez
CRM-PE 6840 CRM-PR 5557

DOWRY 2.04
 FROM 02 CAMPUS TRAIL 02-03
 TMS 20 1.00
 11/11/03 02-03 02-03 02-03

[Handwritten signature]

[illegible]

HOSPITAL REGIONAL PROF. DR. JOSÉ
EST. 1.000.000,00 - 1.000.000,00

SAME MUSSORO 19 06 2013

SANFARQUE

Observações: ☐ ALTA DO PRONTO SOCORRO ☐ INTERVENÇÃO HOSPITALAR ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS (Descrever)

data: / / Hora: .

Identificação Médica

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 03 MAR 2018

RECEITUÁRIO

ATTESTADO

PROTOCOLO
 AG: NATAL

Attestado

Attestado que Francisco Abel...

*de 309, 309, e portador de
 expulso de Estação de polícia (Pb-
 301) (E), apresentando ferimentos
 e lesões na pele. Apresenta
 dor forte com pouca resposta ao
 LCA - Menor com...*

*C.V.: 583.7
 583.7*

Documentação médica - hospitalar

[Signature]
 Assinatura e Carimbo
 Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN

Data: *11/17/18*

30101118

31.10.17 18h

*Attestado que
 Alvin da Silva, 309,
 portador de ferimentos
 e lesões na pele, portador de
 dor forte (E), apresentando
 ferimentos na pele.
 Menor de idade, com
 apresentando LCA, com...*

*C.V.: 583.7
 583.7*

05.10.17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Francisco Klebio da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 002.517.900 DATA DE EMISSÃO 30/10/2003

FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA FILHO

MARIA MARTA LIMA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 03/04/1987

MOSSORÓ RN

DOC. CIVIL NASCIM L0097 F-103 RG-059152

MOSSORÓ RN

04 CARTORIO

CPF 131100

José Elba Silveira

ASSINATURA DO TITULAR

(E) Nº 1.175 DE 2010/07

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

063.171.834-65

FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

03/04/1987

Sistema Único de Saúde

FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

Data Nasc.: 03/04/1987 Sexo: M

898 0039 8155 4959

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível

SUS

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

25 AGO 2017

PROTOCOLO

AG.: NATAL

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13348807

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
[Art. 13 da Lei nº 8.535/94]

CAB

Documentos de identificação



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME: **FRANCISCA JAFANNA CORTEZ CABRAL**

PAIS: **FRANCISCO ROBERTO CABRAL**
EVA MARIA CORTEZ

DATA: **16/10/1980**

DATA: **25/11/2013**

DATA: **08/05/2014**

DATA: **21/01/2015**

DATA: **21/01/2015**

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

25 AGO 2017

PROTOCOLO
AG.: NATAL

Assessoria Jurídica

Procuração Especial

NOME: Francisco Kleblio da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Survente
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS: 063.171.834-65
REGISTRO GERAL: 002.517.900
ENDEREÇO: Rua: Dom José de Medeiros Leite n:01
Abolição II - Mossoró - CEP- 59612-190

OUTORGADOS:

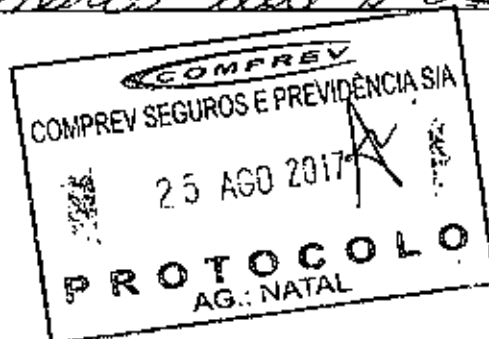
NOME: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL

NACIONALIDADE: Brasileira

DOCUMENTO: OAB/RN 11.818

ENDEREÇO: Avenida Presidente Bandeira, nº 853, Bairro Alecrim, Natal/RN, CEP: 59030-200.

NOME: Francisco Kleblio da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira
DOCUMENTO: RG: 002.517.900 CPF: 063.171.834-65
ENDEREÇO: Rua: Dom José de Medeiros Leite n:01



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013104244773
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 00468283986 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
JOSIVANIA GARCIA DA COSTA SILVA

CPF / CNPJ 096.639.294-99 PLACA NOB3924

PLACA ANT / UF NOB3924 /RN CHASSI 9C6KE1560C0012960

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTONETA/NAO APLICÁVEL COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/T115 CRYPTON X ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 114 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

I P V A	COTA ÚNICA	VENG. COTA ÚNICA	1º	PAGO
	R\$ 0.00	11/04/2017	2º	PAGO
	PAGAR P.V.A	PARCELAMENTO / COTAS	3º	PAGO

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

OBSERVAÇÕES
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 01.149.953/0001-99
EV FINANCEIRA S.A CRED FINC E INVEST
MOTOR: E3F9E-033162

MOSSORO/RN DATA 16/05/2017

Sidney Rezerin da Silva
Carimado no Registro de Veículos
DETRAN - RN

DUT



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

RN Nº 013104244773 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NOME E
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 16/05/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 096.639.294-99 PLACA NOB3924

RENAVAM 00468283986 MARCA / MODELO YAMAHA/T115 CRYPTON X

ANO FAB. 2012 CILINDRADA 9 Nº CHASSI 9C6KE1560C0012960

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTRAGA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

AUTENTICAÇÃO

Cartão que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do original que lhe
for apresentado

10 JUL 2017

Maria Rosângela F. Silva Assessor
Mônica Luciana Fortuna
Diana Kátia de Melo Sousa
Liliane Prata de Melo Junior
Dolores Lemos de Azeite

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 AGO 2017
PROTOCOLO
AG. NATAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331969/17
Vítima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA
CPF: 063.171.834-65

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/06/2017
Titular do CPF: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



FRANCISCO KLEBIO DA SILVA : 063.171.834-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL : 080.037.104-64

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

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/08/2017
Nome: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL
CPF/CNPJ: 080.037.104-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/08/2017
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros

tr dos
PVAT**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0331969/17

Vítima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

CPF: 063.171.834-65

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/06/2017

Titular do CPF: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL : 080.037.104-64

Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data da entrega: 24/11/2017
Nome: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL
CPF: 080.037.104-64

Data do cadastramento: 24/11/2017
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331969/17
Vítima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA
CPF: 063.171.834-65

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/06/2017
Titular do CPF: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2018
Nome: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL
CPF: 080.037.104-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2018
Nome: Francisca Valéria Tavares de Miranda
CPF: 063.454.894-84

RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL

Francisca Valéria Tavares de Miranda

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471885 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA **Data do acidente:** 13/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SOLICITO PRONTUARIO MEDICO

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471885 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA **Data do acidente:** 13/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471885 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEBIO DA SILVA **Data do acidente:** 13/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO
ATENDIDO NO HRTM REGISTRO 2.603.982
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: GAVETA +
LIMITAÇÃO NA FLEXO ESTENSÃO
AGUARDA CIRURGIA

Resultados terapêuticos: PACIENTE DEAMBULANDO COM MULETAS
AGUARDA CIRURGIA
GAVETA +

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 12/04/2018

Conduta mantida:

Observações: AGUARDA CIRURGIA

Médico examinador: Gustavo Montenegro Soares

CRM do médico: 5410

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

Procuração

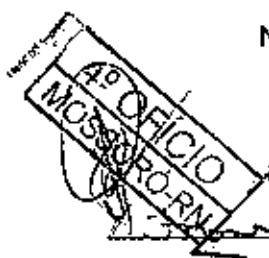


PODERES:

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 a Susep.

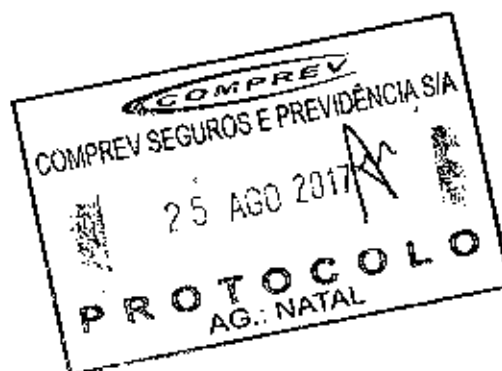
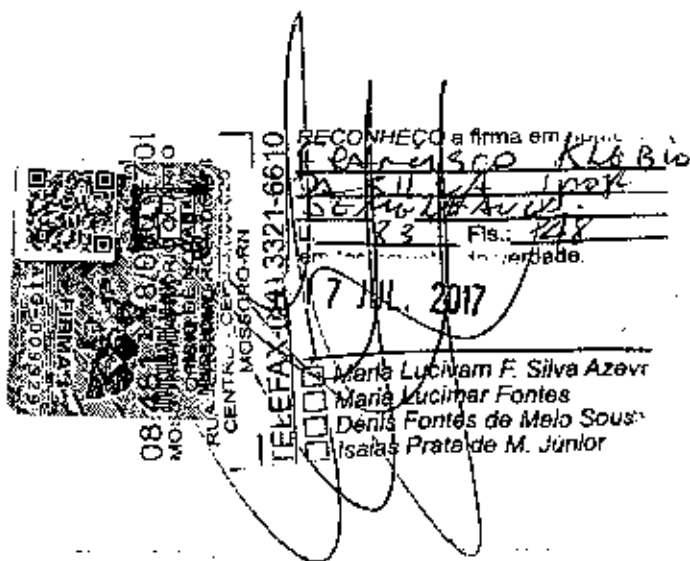
Parágrafo único: São de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações fornecidas e documentos apresentados, e disponibilizados ao Outorgado.

Natal/RN, 17 de Julho de 2017.



Francisco Manoel de Sousa

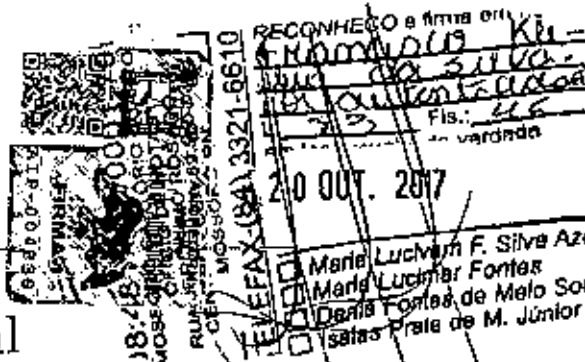
ASSINATURA



CDM

Advocacia e Consultoria

Procuração Especial



OUTORGANTE:

NOME: Francisco Klebio da Silva
NACIONALIDADE: brasileiro
ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: servente
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS: 068.171.834-65
REGISTRO GERAL: 002.519.900
ENDEREÇO: R. Dom José de Medeiros Leite, nº 1, Aboli-
ção II, município RN, CEP: 59612-190.

Procuração



OUTORGADO:

NOME: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
DOCUMENTO: 11.818 OAB / RN
ENDEREÇO: RUA VIRGINÓPOLIS, Nº 80, CONDOMÍNIO URUAÇU IV, APT 304, NOVA
PARNAMIRIM, PARNAMIRIM/RN, CEP: 59150-080.

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 a Susep.

Parágrafo único: São de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações fornecidas e documentos apresentados, e disponibilizados ao Outorgado.



Natal/RN, 20 de Outubro de 2017.

Francisco Klebio da Silva

ASSINATURA

