



Número: **0816622-05.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALZENEIDE MARIA XAVIER (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62870450	17/11/2020 18:32	2767640_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação



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

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162338

Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALZENEIDE MARIA XAVIER

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

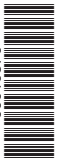
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15742308

Pag. 01739/01740 - carta_01 - INVALIDEZ

00010870





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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162338

Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALZENEIDE MARIA XAVIER

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ALZENEIDE MARIA XAVIER

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000137908-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 852 276 204 - 20 2 - Nome completo da vítima: Nogueira Maria Xavier

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDIMENTO DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

5 - Nome completo: Nogueira Maria Xavier 6 - CPF: 852 276 204 - 20 7 - Profissão: Produtora 8 - Endereço: Rua Seis de Janeiro 9 - Número: 233 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Santo Antônio 12 - Cidade: Manaus 13 - Estado: AM 14 - CEP: 69063-070 15 - E-mail: Não possui

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 3379086

Nome do BANCO: AGENCIA: CONTA:

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em não submeter a análise médica presencial, caso necessário, às 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 autodeclaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil de quem assina: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grande 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 parentes próximos? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem com a documentação necessária, estando ciente de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além de irresponsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legal de quem assina o pedido (a vítima): 35 - CPF legal de quem assina o pedido (a vítima): 36 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Manaus - AM 05/03/2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): x Nogueira Maria Xavier 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): EPS-001 V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016719/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

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

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Bom Jardim
Logradouro: Nilo Peçanha

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALZENEIDE MARIA XAVIER (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 17/07/1974 Idade: 45 anos
Naturalidade: RN - Patu Profissão: Auxiliar de Produção
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Alvanir Maria da Conceição Xavier

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 812.276.204-20

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Sels de Janeiro
Bairro: Santo Antônio
Telefone: (84) 98604-7535 (Celular)

Nº: 231

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

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 45 anos

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 812.276.204-20	Placa OKB8873
Renavam 01008465607	Número do Motor KC16E8E555986
Número do Chassi 9C2KC1680ER555986	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 21/02/2020 14:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016719/2020-A01

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

RELATO/HISTÓRICO

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

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Agente de Polícia

Matrícula 1699205

Responsável pelo Atendimento

Alzenaide Maria Xavier

(Comunicante / Vítima)

Declaro, para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Calúnia e 310-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eleazar Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 21/02/2020 14:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 17/11/2020 18:32:50

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111718325029200000060281897>

Número do documento: 20111718325029200000060281897

Num. 62870450 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Número do sinistro ou ASL: 852 276 204 - 20 3 - CPF da vítima: 852 276 204 - 20 4 - Nome completo da vítima: Nigeneide Maria Xavier

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: Nigeneide Maria Xavier 6 - CPF: 852 276 204 - 20 7 - Profissão: Produtora 8 - Endereço: Rua Seiz de Janeiro 9 - Número: 233 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Santo Antonio 12 - Cidade: Mombas 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13464-070 15 - E-mail: Não tem

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO:

☒ CONTA POUPANÇA (Semelhante para os bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 437908 6

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sem efeito oposta, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que existo impossibilitado de apresentar a Junta do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.354/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da prescrição e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.354/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica de residência no direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grávida ou lactante com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar e provar sua legitimidade, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além de desresponsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome (letras) de quem assina o pedido (a cargo): 35 - Nome (letras) de quem assina o pedido (a cargo): 36 - CPF (letras) de quem assina o pedido (a cargo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mombas - SP 05/03/2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Nigeneide Maria Xavier 42 - Assinatura do Produtor (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

53 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

55 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

57 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

59 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

61 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

63 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

65 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

67 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

69 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

71 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

73 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

75 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

77 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

79 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

81 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

83 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

85 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

87 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

89 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

91 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

93 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

95 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

97 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

99 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	337,50
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALZENEIDE MARIA XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000137908-6

Nr. da Autenticação 721A37B2914A8AAB



COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Nemes, 150 - Bairro, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 06.924.189/0001-01 | Insc. Est. 20.657.69-0 | www.cosern.rn.br

DADOS DO CLIENTE

ASSOCIACAO DOS ELETRICISTAS DO R N

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV WILSON ROSADO 8000

CNPJ 01.413.415/0001-50

NOVA BETANIA AREA URBANA
MOSSORO RN
59012-425

CLASSIFICACAO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVICOS E OUTRAS ATIVIDADES
T03600

DATA DE FATURA 03/2020

03/2020

21/03/2020

21/03/2020

21/03/2020

0498400027 03/2020
27/03/2020 22/04/2020
143,96

	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo kWh-TUSD	198,000000	0,3308224	65,44
Consumo Ativo kWh-TE	198,000000	0,3289236	65,15
Contrib. Ilum. Pólo. Municipal			12,07
TOTAL DA FATURA			143,96

WDO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	DEFE	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (kWh)
00000000	CAF	120 750,00	120 750,00	100000	100000		100,00
00000000	CAF	120 750,00	120 750,00	100000	100000		100,00

WDO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	DEFE	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (kWh)
00000000	CAF	120 750,00	120 750,00	100000	100000		100,00
00000000	CAF	120 750,00	120 750,00	100000	100000		100,00

CONSUMO ATIVO kWh-TUSD 198,000000
CONSUMO ATIVO kWh-TE 198,000000
Contrib. Ilum. Pólo. Municipal 12,07

WDO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	DEFE	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (kWh)
00000000	CAF	120 750,00	120 750,00	100000	100000		100,00
00000000	CAF	120 750,00	120 750,00	100000	100000		100,00

CONSUMO ATIVO kWh-TUSD 198,000000
CONSUMO ATIVO kWh-TE 198,000000
Contrib. Ilum. Pólo. Municipal 12,07

CONSUMO ATIVO kWh-TUSD 198,000000
CONSUMO ATIVO kWh-TE 198,000000
Contrib. Ilum. Pólo. Municipal 12,07

CONSUMO ATIVO kWh-TUSD 198,000000
CONSUMO ATIVO kWh-TE 198,000000
Contrib. Ilum. Pólo. Municipal 12,07

CONSUMO ATIVO kWh-TUSD 198,000000
CONSUMO ATIVO kWh-TE 198,000000
Contrib. Ilum. Pólo. Municipal 12,07





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidante: 0800 821 91 35

Eu, Julia Emilly Xavier da Silva
RG nº 003.524.542, data de expedição 31/05/19
Órgão SSP RN, CPF nº _____
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

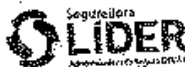
Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Av. Wilson Rêgo</u>
Número	<u>9000</u>
Apto/Complemento	<u>voto</u>
Bairro	<u>Monte Betânia</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59612-125</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99824-0066</u>
E-mail	<u>liveres@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Mossoró 24/04/20

Julia Emilly Xavier da Silva
Assinatura do Declarante





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1595 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-05 | Central Ouidoria: 0800-021-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/avex/DOCORIGINAL/3PK7TPO-160001004-20636>

A Circular SUSEP 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 COAP.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVADO E PÚBLICO, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSURTO. É COMPLETO 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu Julia Emilly Xavier da Silva
Inscrita (a) no CPF/CNPJ 812.246.204 / 20 na qualidade de Promotor(a) / Intermediária(a) do Beneficiário
Alzemeide Maria Xavier inscrito (a) no CPF sob o nº 812.246.204 / 20
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alzemeide Maria Xavier
inscrito (a) no CPF sob o nº 812.246.204 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios.
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova da residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Wilson Roberto</u>	Número: <u>9000</u>	Complemento: <u>2050</u>
Bairro: <u>Não Batumi</u>	Cidade: <u>Mossoro</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>Não Batumi</u>		CEP: <u>59612-125</u>
		Tel.(DDD):

Local e Data: Mossoro RN 27/04/2020

Julia Emilly Xavier da Silva
Assinatura do Declarante

PLD016.001 v001/2017





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 2067 /2020

Admissão: 29/01/2020 19:40:58

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AZUL

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

Nascimento: 17/07/1974

Natural: PATU.BRASII

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 703401274220616

CPF: 81227620429

Prof:

Mãe: ALVANIR MARIA DA CONCEIÇÃO XAVIER

Pat. RAIMUNDO XAVIER

Logradouro: SEIS DE JANEIRO, 231

CEP: 59611070

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.986047535

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMÍLIA

*Empresa:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM MÃO ESQ HÁ APROX 3 HORAS

Hora:

PODE VITIMOS DE QLEDS DE MOTO, COM
FALCÕES NA MÃO (P)

EF: DON + PALPADO + COTER + LUNASSA: DON
IFP DO 22 GDE

Fig: ~~TX SWATCH~~ ON BASE ON ~~EXHIBIT~~ ME NO
D. 2nd GDB

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1	LVVA 603000 NO MSE			
2	PRKEITA			
3	DIPNOMO de LADIL			
4	FLUTIL ONY LOM			
5	STEYMO 60 DIA			
6	6			

Dr. Danilo A. de Paula
Osteopata, Fisioterapeuta
Médico 1994

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 04/10/2020
BIAW

SANE FARMACIA

*SAÍDA: ☒ Decisão médica ☐ Transferido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Interna: (Preencher em PROC)

CID 320 Proc.

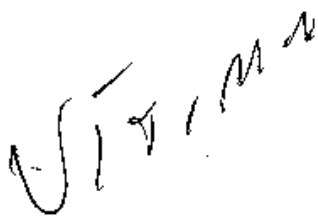
Data: 20-01-20. Hr:

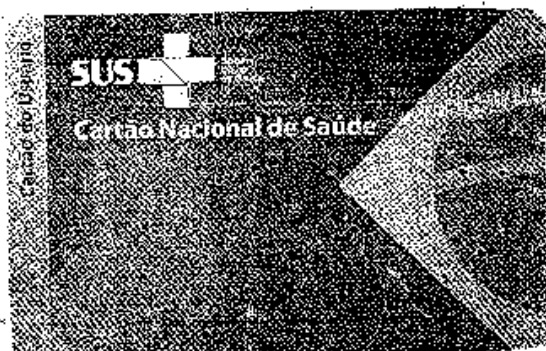
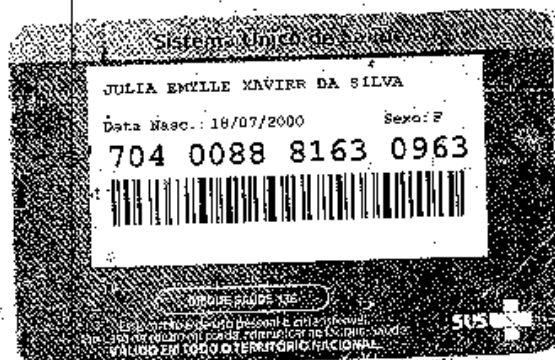
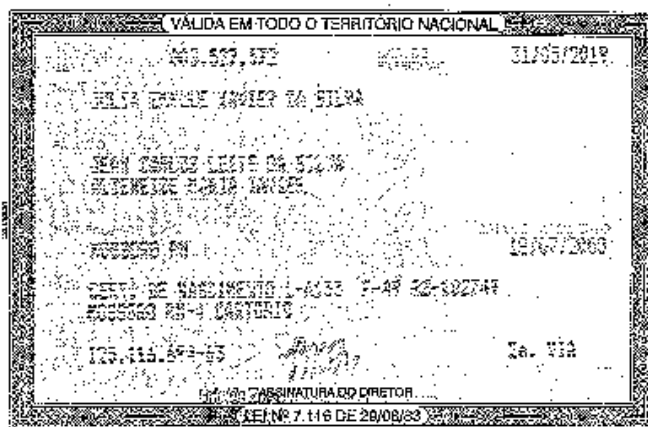
Médico:

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

Assin: 38 Carimbar







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 01266-77 00333 Nº 014528648209
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 01006465607 CENTRO: ***** EXPIRADO: 2019

ALZEMIDE MARIA XAVIER

812.276.204-20 OKB8873

OKB8873/RN 9028C1680ER555986

ESPECÍFICO: PASSAGIRO/MOTOCICLETA/NAO AUTOCARRO ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 FAN EDDI 2014 2014

CAP/POT/CL: OCV/149 CILINDRADAS PARTICULAR VERMELHA

1	R\$ 0.00	11/05/2019	1º PAGO
2			2º PAGO
3			3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): *** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

ALIM. FID. EM FAVOR DE: 03.618.220/0001-RS
BANCO RENDA S/A
MOTOR: KCL689E555986

NOSSORO/PN 31/05/2019

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

RN Nº 014528648209 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradocalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 31/05/2019

812.276.204-20 OKB8873

RENAVAM: 01006465607 MARCA/MODELO: HONDA/CG150 FAN EDDI

2014 S 9028C1680ER555986

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0.00

SEGURADORA LIDER DPVAT

CNPJ: 28.242.608/0001-04



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ALZENEIDE MARIA XAVIER, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Aut. Produtora, Data do Acidente: 23/07/2020
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 34726, órgão expedidor
ETPS e do CPF: 91227620420 residente no(a)
Rua 06 do Zombeiro nº 231
bairro: Santo Antonio, município: MOSSORÓ, RN.

OUTORGADO:

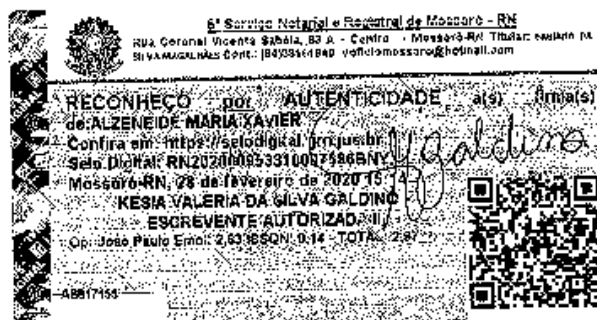
Nome: Julia Emilly Xavia Da Silva, brasileiro(a)
estado civil: Solteira, Profissão: Domenica, portador(a) do RG
003527512, órgão expedidor _____ e do CPF: 12511669963, residente
no(a) avenida Wilson Rosado nº 9000
bairro: Nela Betânia, município: Mossoró, RN.

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 28/02/2020
Local e Data

ALZENEIDE MARIA XAVIER
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126443/20

Vítima: ALZENEIDE MARIA XAVIER

CPF: 812.276.204-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/01/2020

Titular do CPF: ALZENEIDE MARIA XAVIER

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA : 125.116.694-63

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

ALZENEIDE MARIA XAVIER : 812.276.204-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIA EMYLLE XAVIER DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

