

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ESTEVO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180434883

Vitima: JOSE ESTEVO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434883**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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 13384426



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ESTEVO DA SILVA

Sinistro: 3180434883

Vítima: JOSE ESTEVO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

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 3180434883** 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 Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ESTEVO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180434883
Vitima: JOSE ESTEVO DA SILVA
Data do Acidente: 25/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434883**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA 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 Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180434883

Vítima: JOSE ESTEVO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ESTEVO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

967.197.374-49

José Estivo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Estivo da Silva		CPF titular da conta 967.197.374-49	Profissão Desempregado
Endereço Rua Epitácio Pessoa		Número 500	Complemento CASA
Bairro Barrocas	Cidade Mossoró	Estado RN	CEP 59621-250
Email paulo.morais.dpvat@outlook.com		Telefone (DDD) (84) 999.53.8106	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (311)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3064	DV []	CONTA NRO. 029595	DV 6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome []		NRO. []	
AGÊNCIA NRO. []	DV []	CONTA NRO. []	DV []
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mossoró 13 de Junho de 2018
Local e Data

ARQUIVADO
18 SET 2018

José Estivo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGUROS
18 SET 2018



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE TIBAU

Endereço: Rua do Pirambu, s/n, Centro, TIBAU, FONE/FAX: 3326-2203

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018190000027

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 06/06/2018 12:05:10

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/05/2018 18:20:00

2.3 Fato: Consumido

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN-012

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A ENTRADA DE VALENÇA

2.13 Cidade: GROSSOS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ ESTEVO DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 96719737449

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: LANTERNEIRO

3.15 Telefone(s): 84 988764320

3.17 Número: 500

3.19 Bairro: BOM JARDIM

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: MANOEL ESTEVO FILHO

3.6 Mãe: ELIETE LIMEIRA DA SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 23/03/1967

3.14 RG: 1553124 - SSP RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: GROSSOS RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA EPITÁCIO PESSOA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****97171

7.1.5 Placa: NNU8342

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2010

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: CICERO UMBERTO DE ALMEIDA

7.1.17 Nome do condutor: JOSÉ ESTEVO DA SILVA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 90268521160

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

INFORMA O COMUNICANTE QUE TRAFEGAVA PELA VIA ACIMA SEGUINDO DE GROSSO COM DESTINO À MOSSORÓ, PILOTANDO A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM ANIMAL (VACA) QUE CRUZOU A PISTA, CORRENDO, DEVIDO À APROXIMAÇÃO NÃO CONSEGUIU DESVIAR OU PARAR E COLIDIU CONTRA O ANIMAL SENDO ARREMESSADO CONTRA O CHÃO, SENDO ATENDIDO NO HOSPITAL FLAVIANA JACINTA EM GROSSOS/RN. NADA MAIS OISSE.

8.2 Informações do CIOSP

8.3 Outras Providências

ENTREGA DE CÓPIA AO COMUNICANTE E ARQUIVO NO SISTEMA PARA CONSULTA

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

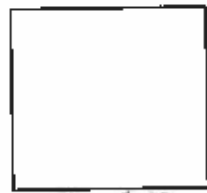
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 06/06/2018 12:05:10

Policial

x
Interessado



Atendimento: 1909339 - CRISTIANO ALVES DE LIMA

Impressão por: 1909339 - CRISTIANO ALVES DE LIMA em 06/06/2018 12:05:20

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Estivo da Silva

CPF da Vítima

967.197.374-49

Data do Acidente

25.05.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura: Assinatura 13 de Junho de 2018
Local e Data



Assinatura: Jose Estivo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato declaratório

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL FLAVIANA JACINTA



FICHA DE URGÊNCIA

NOME: Jose L. F. da Silva
NASC: 23/03/67 IDADE: 52 DATA: 25/05/18 SEXO: M
NOME DA MÃE: _____
ENDEREÇO: R. Flávia Pessoa - Bom Jardim CIDADE: Mossoró
PA: _____ TEMP: _____ PESO: _____ HGT: _____ HORA: 18:43
HIPERTENSÃO () DIABETES () ALERGIA MEDICAMENTOSA ()
CARTÃO SUS: _____
RG: _____
HISTÓRIA CLÍNICA: ACIDENTE DE MOTO (ESCORRIÇÕES EM
MEMBRAS SUPERIORES E INFERIORES)

CONDUTA: ① limpeza + curativo
② Volante L75mg OAMP. IM

Vicente de Paula da Silva
Técnico de Enfermagem
CONSELHO 527.712

19:20

Dr. Arthur P. do Vale Costa
MÉDICO - CRM 9372/RN

DIAGNÓSTICO: _____

HORA DE SAÍDA: _____

ARUANA SEGUROS
18 SET 2018



Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 25/04/02
NOTA FISCAL - FÁBULA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Saneamento do Rio Grande do Norte
Rua Manoel 153, 8454, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.126/0001-47 - INSC. EST. 2.005109-1 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MANOEL ESTEVAM FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA EPITÁCIO PESSOA 500

CPF 904 713 504-09

BARROCA/ÁREA URBANA
MOSSORÓ RN
59621-250

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	DATA
008326894	1204	18/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO BILHETE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/05/2018	2010757485	601784

CONTA CONTRATO	SÉRIANO
7008326894	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO DE PAGAMENTO
23/05/2018	15/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	17,85

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
CONSUMO ATUAL (KWh)	PERÍODO (dias)	VALOR (R\$)	
30 0000000	0,50882138	15,20	
Acrescimo Bandeira AMARELA		0,17	
Contribuição de Iluminação Pública		1,71	
Multa por atraso NF 003890184 - 18/05/18		0,37	
Juros por atraso NF 003890184 - 18/05/18		0,26	
Multa por atraso NF 003890184 - 18/05/18		0,14	
TOTAL DA FATURA			17,85

COMPROVANTE DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CONTAS	CONSUMO (KWh)
140338	CAI	17-05-2018	5 487,50	18-05-2018	5 497,50	120000	30,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
Consumo de Energia Elétrica		Consumo de Energia Elétrica		Consumo de Energia Elétrica		Consumo de Energia Elétrica	
Mar 18	30	Mar 18	30	Mar 18	30	Mar 18	30
Apr 18	30	Apr 18	30	Apr 18	30	Apr 18	30
Mai 18	43	Mai 18	43	Mai 18	43	Mai 18	43
Jun 18	47	Jun 18	47	Jun 18	47	Jun 18	47
Jul 18	64	Jul 18	64	Jul 18	64	Jul 18	64
Ago 18	46	Ago 18	46	Ago 18	46	Ago 18	46
Set 18	46	Set 18	46	Set 18	46	Set 18	46
Out 18	36	Out 18	36	Out 18	36	Out 18	36
Nov 18	53	Nov 18	53	Nov 18	53	Nov 18	53
Dez 18	46	Dez 18	46	Dez 18	46	Dez 18	46
Jan 19	46	Jan 19	46	Jan 19	46	Jan 19	46
Fev 19	46	Fev 19	46	Fev 19	46	Fev 19	46
Mar 19	46	Mar 19	46	Mar 19	46	Mar 19	46
Consumo Atualizado							9,67218865
C747 8035 8035 8035 8035 8035 8035 8035							

Atenção! A partir de 15/05/2018, a tarifa de energia elétrica será reajustada em 10,00% (dez por cento) em relação à tarifa vigente em 14/05/2018. O reajuste será aplicado a partir de 15/05/2018. O cliente é responsável por verificar a validade da tarifa e o valor a pagar. O cliente é responsável por verificar a validade da tarifa e o valor a pagar. O cliente é responsável por verificar a validade da tarifa e o valor a pagar.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
24.000,00	1.000,00	10,00	10,00	10,00	10,00
24.000,00	1.000,00	10,00	10,00	10,00	10,00
24.000,00	1.000,00	10,00	10,00	10,00	10,00
24.000,00	1.000,00	10,00	10,00	10,00	10,00
24.000,00	1.000,00	10,00	10,00	10,00	10,00

TARIFA E FREQUÊNCIA DAS INTERROMPÇÕES			
TARIFA	FREQUÊNCIA	TARIFA	FREQUÊNCIA
SPC	0,00	SPC	0,00
SPC	0,00	SPC	0,00
SPC	0,00	SPC	0,00

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site da Cosern. O cliente é responsável por verificar a validade das condições gerais de fornecimento de energia elétrica.

ARUANA SEGUROS
18 SET 2018

008326894 18/05/2018 23/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 17,85

536300000000-6 17850038407-2 00832689420-5 01200983433-1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cícero Umberto de Almeida

RG nº 821.342, data de expedição 29/03/16,
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 336.065.874-49, com
domicílio na cidade de Bossorô, no Estado de
R.N, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Povão Valença Nº 72

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Estivo da Silva, cujo o condutor era
Jose Estivo da Silva

Veículo: moto
Modelo: Honda CG 32.5 FANIX
Ano: 2010
Placa: NNV 8342
Chassi: 9CAJC4310AR597171
Data do Acidente: 25/05/2018
Local e Data: Bossorô 14/06/2018

C. Cícero Umberto de Almeida
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

JOSE ESTIVO DA SILVA



ARUANA SEGUROS
18 SET 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE ESTEVO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1553124 ITEP RN

CPF DATA NASCIMENTO
967.197.374-49 23/03/1967

FILIAÇÃO
MANOEL ESTEVO FILHO
ELIETE LIMEIRA DA
SILVA

PERMISSÃO ACC CATHAB
AC

Nº REGISTRO
01081419767

VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
09/12/2018 23/08/1994

OBSERVAÇÕES

Jose Estevão da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
17/03/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

84977908472
RN702159222

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
958112055

PROIBIDO PLASTIFICAR
958112055

ARUANA SEGUROS
18 SET 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN Nº 013703124937
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 00208521160
 ANO: 2018

NOME: CÍCERO UMBERTO DE ALMEIDA

CPF/CNPJ: 336.065.874-49

PLACA: NNU8342

PLACA ANT./UF: NNU8342/RN

CHASSI: 9C2JC4110AR597171

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG-125 FAN XS

ANO FAB: 2010

ANO MOD: 2010

CAP/POT/CL: 0CV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA: PARTICULAR

COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: R\$ 0,00

VENC. COTA ÚNICA: 27/03/2018

VENC. COTAS: 1º PAGO

FAIXA IPVA: 002844 3X

PARCELAMENTO/COTAS: R\$ *****

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *** TAXAS DETRAN: PAGO

IOF (R\$): *** PRÊMIO TOTAL (R\$): *** DPVAT: PAGO

DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES:

MOTOR: JC41E1A597171

MOSSORO/RN

DATA: 24/04/2018

Assessoria de Registro de Veículos
 DETRAN - RN

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 013703124937 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: 2018

DATA EMISSÃO: 24/04/2018

PLACA: 336.065.874-49

PLACA: NNU8342

CHASSI: 00208521160

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN XS

ANO FAB: 2010

CATEG: 5

CHASSI: 9C2JC4110AR597171

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.242.608/0001-04

JUN-2017

ARUANA SEGUROS
 18 SET 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342403/1B

Vítima: JOSE ESTEVO DA SILVA

CPF: 967.197.374-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: JOSE ESTEVO DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

JOSE ESTEVO DA SILVA : 967.197.374-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio da chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: JOSE ESTEVO DA SILVA
CPF: 967.197.374-49

JOSE ESTEVO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Josilene Gomes da Silva
CPF: 050.022.194-46

Josilene Gomes da Silva



DECLARAÇÃO

EU José Estevão da Silva
portador (a) da cédula de RG de N° _____ e
CPF 967.197.374-49 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Caixa Econômica Federal
para regularizar minha conta Poupança de agência
3064, número 029.595-6 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Mossoró 13 de Junho de 2018.



✓ JOSÉ ESTEVÃO DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



DESTINATARIO: ARUANA SEGUROS S/A
ENDEREÇO: RUA ROMUALDO GALVÃO Nº 2109
SALA 104 1º ANDAR
BAIRRO; LAGOA NOVA
NATAL/RN CEP; 59056-100



REMETENTE: JOSE ESTEVO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA EPITACIO PESSOA Nº 500
BAIRO: BARROCAS
CIDADE: MOSSORÓ/RN EP: 59621-250

ARLIANA SEGUROS
18 SET 2008

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342403/18

Vítima: JOSE ESTEVO DA SILVA

CPF: 967.197.374-49

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

Data do acidente: 25/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ESTEVO 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

JOSE ESTEVO DA SILVA : 967.197.374-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: JOSE ESTEVO DA SILVA
CPF: 967.197.374-49

JOSE ESTEVO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Josilene Gomes da Silva
CPF: 050.022.194-46

Josilene Gomes da Silva