

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA GORETE DE LIMA SILVA**

Nº Sinistro: **3180426422**

Vitima: **RYAN ERICK GENUINO DA SILVA**

Data do Acidente: **01/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180426422**.

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 13399802



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA GORETE DE LIMA SILVA**

Nº Sinistro: **3180426422**

Vitima: **RYAN ERICK GENUINO DA SILVA**

Data do Acidente: **01/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180426422**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0271206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

Maria Gorete Conceição da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Maria Gorete da Conceição da Silva	CPF titular da conta	073.262.154-21	Profissão	Agricultora
Endereço	Rua Rubens Coelho Pereira Filho	Número	386	Complemento	
Bairro	Alto de São João	Cidade	Guarabura	Estado	PB
E-mail	alberto.guarabura@gmail.com	CEP	58200-000	Telefone (DDD)	(33) 98721-5008

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

- ☐ RECUSO 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 (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0042	03	0004146	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO.	D/V
(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.

Guarabura - PB, 22 de agosto de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PIRIPITUBA/PB

CERTIDÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 290/2018

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal da pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de ocorrências nº 02/2018, nele encontrei o registro nº290/2018, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos VINTE E DOIS dias do mês de AGOSTO do ano de 2018, nesta cidade de Píripituba-PB, presente a autoridade Policial, o Bel. FABIO FACCIOLLO, Delegado de Polícia Civil, comigo o escrivão do seu cargo ao final declarado e assinado, aí por volta das 11h:30MIN, compareceu o menor na presença de sua genitora: MARIA GORETE DE LIMA SILVA, RG 2950443 SSP/PB, brasileira, união estável, agricultora, natural de Serra da Raiz/PB, nascida em 09/10/1984, filha de Sebastião Joaquim da Silva e Irene Adriano de Lima Silva, Residente na Rua Rubens Coelho Pereira Filho, nº386, Alto da Boa Vista, Guarabira/PB. A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (ARTIGO 299). Registrou a seguinte ocorrência: Disse a noticiante que no dia 01/04/2018 por volta das 16 horas, vinha numa moto Yamaha XTZ 125 E, cor azul, ano/mod 2008/2009, placa KJR 4635/PB, chassi 9C6KE125090003188, conduzida pelo proprietário e seu marido Antonio Genuíno de Oliveira, na PB085, quando próximo da localidade da Nica, entre Píripituba e Sertãozinho, quando veio um rapaz conhecido por LUGEMBERG CARVALHO DE ANDRADE, RG 3175292 SSP/PB, conduzindo uma outra moto HONHDA/POP 110, placa QFX 3708 PB, aparentemente bêbado, bateu na moto pilotada por seu marido, vindo os três que estavam na moto, declarante, marido e filho a se acidentarem; Que foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros de Guarabira, conforme ocorrência nº06/18 e levados para o Hospital Regional de Guarabira, onde a vítima/declarante foi diagnosticada com várias escoriações e ferimentos pelo corpo;. O referido é verdade e dou Fé.

Píripituba/PB, 22 de Agosto de 2018.

Responsável pelo Noticiante

Maria Gorete de Lima Silva

[Assinatura]
LUIZ CESAR DA GAMA ROSA DOS REIS
Agente/Escrivão MAT.168.329-2



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 36/2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: VITORINO	Posto/Graduação: 2º SARGENTO
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RODOVIA PB 085	Hora 16:30	Bairro ZONA RURAL
Município: PIRIPITUBA	UF PB	
Data/Ocorrência 01/04/2018	Dia da Semana DOMINGO	C/S Vítima (QT) SÍM 03
Natureza do Acidente COLISÃO	Tipo de pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA
Tempo CHUVA		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 MOTOCICLETAS	Controle do tráfego no local SEM CONTROLE	

CONDUTOR 01

Nome ANTÔNIO GENUÍNO OLIVEIRA	Sexo MASCULINO	Nascimento 26/06/1981	RG 2827143
Endereço RUA RUBENS COELHO P. FILHO Nº 386, ALTO DA BOA VISTA, GUARABIRA - PB			
1ª Habilitação Artigo 162 I do CTB	Categoria XX	Registro CNH N.º XXXXXXX	U.F. XX
Ex.méd./Dia XXXXXXXXXX	Data Vencimento XXXXXXXXXX	Usava cinto XXXXXX	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO	Destino do Condutor PERMANECER NO LOCAL		

VEÍCULO 01

Marca Y/XTZ-125 E	Espécie PAS/MOTOCICLETA	Placa KJR 4635	Categoria PARTICULAR	Município GUARABIRA	U.F. PB
Nome do Proprietário ANTÔNIO GENUÍNO OLIVEIRA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013176566203	Renavan Nº 0014203616-1	Data da Emissão 04/07/2017		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Seguiu pela Rodovia Pb 085, sentido quando nas proximidades do sítio Nica, foi colidido na traseira, vindo ele e sua esposa cair da motocicleta, sendo ela socorrida pelo corpo de Bombeiros Militar ao Hospital Regional de Guarabira - Pb.

CONDUTOR 02

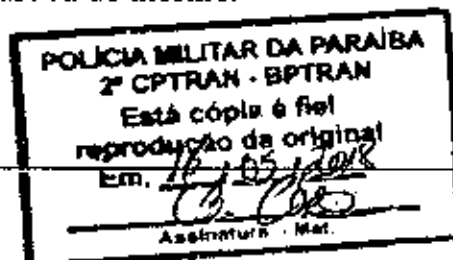
Nome LUGEMBERG CARVALHO DE ANDRADE	Sexo MASCULINO	Nascimento 11/03/1988	RG 3175292
Endereço RUA PRESIDENTE JOÃO PESSOA Nº 116, CENTRO, SERTÃOZINHO - PB			
1ª Habilitação Artigo 162 I do CTB	Categoria XXX	Registro CNH N.º XXXXXXX	U.F. XX
Ex.méd./Dia XXXXXXXXXX	Data Vencimento XXXXXXXXXX	Usava cinto XXXXXX	Usava Capacete XXXXXXX
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO	Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB		

VEÍCULO 02

Marca HONDA/POP 110	Espécie PAS/MOTOCICLETA	Placa QFX 3708	Categoria PARTICULAR	Município SERTÃOZINHO	U.F. PB
Nome do Proprietário FERNANDA PONTES CAMPELO					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012650830397	Renavan Nº 0109548053-4	Data da Emissão 23/08/2016		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: Transitava na Rodovia Pb 085 sentido Sertãozinho a Piripituba, e nas imediações do sítio Nica, o condutor do veículo 01 (yxt 125), freou e ele veio a colidir na traseira do mesmo.



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 36/2018

CONDUTOR 03

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Endereço			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNM N.º	U.F.
	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto
Exame de Embriaguez Alcoólica		Destino do Condutor	
VEÍCULO 03			
Marca	Espécie	Placa	Categoria
		Município	U.F.
Nome do Proprietário			
Seguradora	Bilhete N.º	Renavan N.º	Data da Emissão
Defeitos			
VERSÃO DO CONDUTOR 03			

POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA
2ª CPTRAN - SPTRAN

Esta cópia é fiel
reprodução da original

Em, 16/05/2018

Assinatura - M.º

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 36/2018

VITIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
MARIA GORETE DE LIMA SILVA	FEMININO	33 ANOS
Endereço		
RUA RUBENS COELHO P. FILHO Nº 386, ALTO DA BOA VISTA, GUARABIRA - PB		
Ferimentos	Viajava no Veículo Nº 01	Usava Cinto
GRAVES		
Condição da Vítima	Conduzida Para	
PASSAGEIRA	HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	

VITIMA 02

Nome	Sexo	Nascimento
ANTÔNIO GENUÍNO OLIVEIRA	MASCULINO	26/06/1981
Endereço		
RUA RUBENS COELHO P. FILHO Nº 386, ALTO DA BOA VISTA, GUARABIRA - PB		
Ferimentos	Viajava no Veículo Nº 01	Usava Cinto
LEVES		
Condição da Vítima	Conduzida Para	
CONDUTOR	PERMANECEU NO LOCAL	

VITIMA 03

Nome	Sexo	Nascimento
LUGEMBERG CARVALHO DE ANDRADE	MASCULINO	11/03/1988
Endereço		
RUA PRESIDENTE JOÃO PESSOA Nº 116, CENTRO, GUARABIRA - PB		
	Viajava no Veículo Nº 02	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	
CONDUTOR	HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	

VITIMA 04

Nome	Sexo	Nascimento
RIAN ERIK GENUÍNO DA SILVA	MASCULINO	02/07/2012
Endereço		
RUA RUBENS COELHO P. FILHO Nº 386, ALTO DA BOA VISTA, GUARABIRA - PB		
Condição da Vítima	Conduzida Para	
CONDUTOR	HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

Nome

Sexo

Nascimento

Endereço

CPF

Identidade

Órgão Emiss

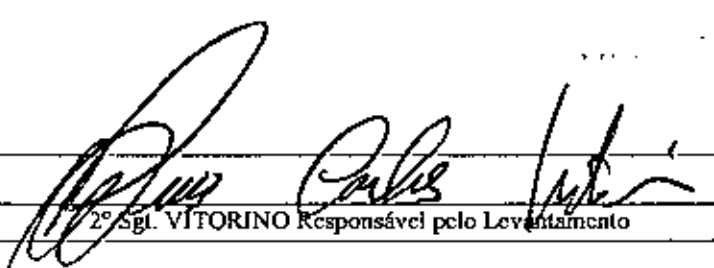
VERSÃO DA TESTEMUNHA 02

CONSTATADO

Por volta das 16:00 horas a Viatura prefixo 6103, foi solicitada pelo COPOM do 4º Batalhão para atender uma ocorrência de Trânsito entre as Cidades de Pirpirituba e Sertãozinho. A guarnição comandada pelo sargento Vitorino e o sargento Cenildo se deslocaram ao local, e lá chegando encontramos as vítimas sendo socorridas pelo corpo de Bombeiros Militar, onde as vítimas do V1 (Yamaha xtz 125), conduzida por Antônio Genuíno de Oliveira, o qual saiu com ferimentos leves. A sua esposa e filha foram socorridas para o Hospital Regional de Guarabira.

O condutor do V2 (Honda Pop 110) foi socorrido por populares para o Hospital Regional de Guarabira com ferimentos leves.

Guarabira - PB, 08/05/2018


2º Sgl. VITORINO Responsável pelo LevantamentoPOLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTRANEsta cópia é fiel
reprodução da original
Em, 16/05/2018

Assinatura - M.



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

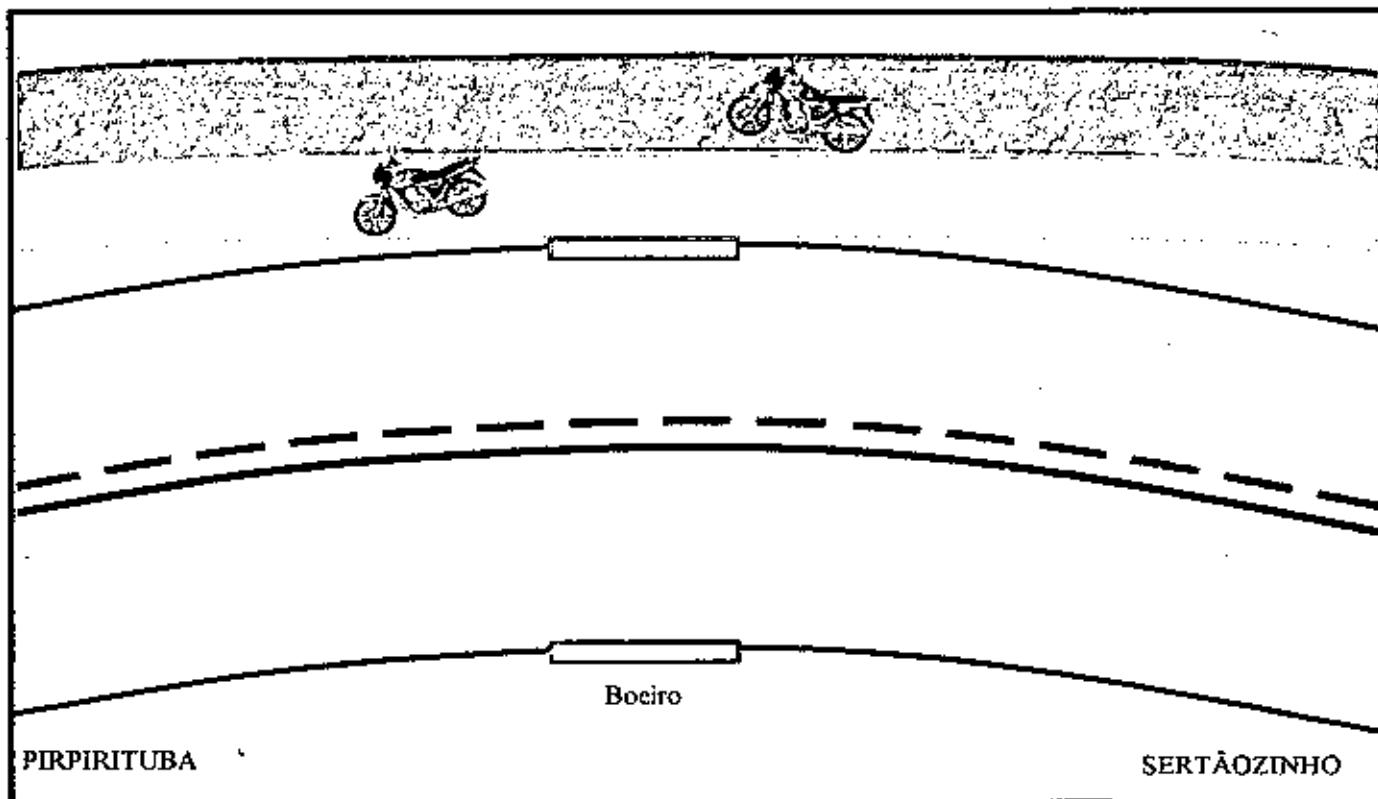


CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 36/2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" largura 7,00 - metros

OBS: Não foi possível realizar as amarrações dos veículos pelo motivo dos mesmos terem sido retirados do local.



POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTRAN

Esta cópia é fiel
reprodução da original

Desenho ilustrativo não vinculante

Assinatura: *[Assinatura]*

2º Sgt. VITORINO PM
Responsável pelo Levantamento

AVARIAS

V1



V2





ATO

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 01.04.2018	Ocorrência Nº: 06	VTR: AL-35	Ponto Base:
Hora do aviso: 16:35	Hora de saída: 16:36	Hora no local: 16:55	Hora no hospital: 17:25
VTR de apoio:			
Endereço: RODOVIA RR-085		Nº: S/N	
Complemento:		Bairro: ZONA RURAL	
Ponto de referência: SÍTIO NICA		Cidade: GUARABIRA-PB	
Nome: RUI FÉLIX GOMES DA SILVA		Idade: 05	Sexo: M F
Raça: ☐ Negro ☒ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo			
Endereço: RUA RUBENS CORREIA		Telefone:	
Bairro: ALTO DA BOA VISTA		Cidade: GUARABIRA-PB	
Causa: MOTO		Vítima de queda: metros	
☐ Ferimento por arma de fogo ☐ Queda de moto ☐ Afogamento ☐ Crise Convulsiva			
☐ Ferimento por arma branca ☐ Atropelamento ☐ Urgência Cardíaca ☐ Suicida			
☐ Agressão física ☐ Queda de bicicleta ☐ Urgência Respiratória ☐ Socorrido por 2º			
☐ Capotamento ☐ Choque elétrico ☐ Urgência Obstétrica ☐ Racismo			
☐ Desmoronamento/Desabamento/Soterramento ☐ Urgência Psiquiátrica ☐ Combate a Incêndio			
☐ Intoxicação: Agente: ☐ Alagamento ☐ QTA () CQC () Outros			
☐ Queimadura: Agente: Grau(s): Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão):			
☐ Transporte: Origem: Destino: ☐ Outros:			
Atividade do air bag: ☐ sim ☐ não ☐ Em automóvel ☐ Condutor ☒ Decúbito ventral			
Uso de capacete: ☐ sim ☒ não ☒ Em motocicleta ☐ Passageiro dianteiro ☐ Decúbito dorsal			
Uso de cinto: ☐ sim ☐ não ☐ Em bicicleta ☐ Passageiro traseiro ☐ Decúbito lateral			
Em falas de pedestre: ☐ sim ☐ não ☒ Pedestre ☒ Garupa/carona ☐ Desambulando			
Outros: Outros: Outros:			
01. Abrasão ☐ 02. Amputação ☐ 03. Avulsão ☐ 04. Contusão ☐ 05. Empalamento ☐ 06. Enclavamento ☐ 07. Esmagamento ☐ 08. FAS ☐ 09. FAF ☐ 10. Fratura aberta ☐ 11. Fratura fechada ☐ 12. Luxação ☐ 13. Paralisia ☐ 14. Queimadura ☐ 15. Outros: ☐			
☐ Permeável ☐ Não Permeável ☐ Eupnéia ☐ Vômito ☐ Apnéia ☐ Sangue ☐ Dispnéia ☐ Secreção ☐ Bradipnéia ☐ Queda de língua ☐ Taquipnéia ☐ Corpo estranho ☐ Ruído de ☐ Outros: ☐			
☐ Pulso radial ☐ Normal ☐ Cianótica ☐ Pulso braquial ☐ Fria ☐ Ictérica ☐ Pulso carotídeo ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Normal ☐ Sudorese ☐ Aumentada ☐ Diminuído ☐ Normal ☐ > 2 segundos ☐ Ausente ☐ Ausente			
Abertura ocular ☐ Melhor resposta verbal ☐ Melhor resposta motora ☐			
☒ Isocoria ☐ Anisocoria ☐ Otorrágia ☐ Miosis ☒ Foto reage ☐ Rinorrágia ☐ Miase ☐ Não fotoreage ☐ Convulsões			
PA: X mmHg FC: 120 bpm FR: 18 rpm SPO2: 95% T: 36°C			
PA: X mmHg FC: 120 bpm FR: 18 rpm SPO2: 96% T: 36°C			

CORPO DE BOMBEIROS MILITARES DA PARAÍBA
3º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITARES

ESTA CÓPIA É FIEL REPRODUÇÃO DO ORIGINAL

Data: 01/04/2018
Assinatura: [Assinatura]

Assinatura / Matrícula

Comprovação de ato declaratório



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 21/08/2018 09:15:07
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
(2018-009249) EML:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FEE:R\$ 0,07 ISS:R\$ 0,12
SEL DIGITAL: AHHX857-BAPV
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Rafael Evon Gouveia da Silva

CPF da Vítima

Data do Acidente

01/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Maria Gade de Lima Silva

CPF do Representante legal

073.262.154-21

Email

mlb@seguradoralider.com

Telefone (DDD)

(83) 933123 - 5008

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.

Guarulhos - PB, 22 de agosto de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAGEPA
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
 Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 58.016-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA LIGATÃO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
70379564
REFERÊNCIA
JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS					
MARIA GERETE DE LIMA SILVA RUA RUBENS C PEREIRA FILHO, 386 - ALTO DA BOA VISTA GUARABIRA/PB 58206-000					
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
053.004.325.0144.000	000	1	0	0	0
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y12N223557	02/08/2012	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL	
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS - PROXIMA LEITURA		
711	719	8	28 25/08/2018		
MIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 POR 1. 05/2017 MS.					
JUN/2018	10	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	9	0	TURBIDEZ	0	0
ABR/2018	9	0	CORO	0	0
MAR/2018	9	0	COL. TERMOT	0	0
FEV/2018	8	0	CCR	0	0
JAN/2018	8	0	COL. TOTAIS	0	0
MEDIA(H)	8	DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 26/07/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 14:56:03

DESCRIÇÃO:	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	27,91
ESGOTO		
FATURAS EM ATRASO		
REF 201804	36,84	
REF 201805	20,59	
REF 201806	39,26	

Comprovante de residência



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 08/08/2018	Total a Pagar: R\$ 37,91
------------------------	--------------------------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS: SR. USUÁRIO: EM 30/06/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO. O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO NEM HÁ PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70379564	JUL/2018	08/08/2018	R\$ 37,91

8264000000 4 37910010053 4 07037956401 9 07201850001 2



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Genaro de Oliveira,

RG nº 2827143, data de expedição 11/10/2000

Órgão SSP/PR, portador do CPF nº 700 346 074-20, com

domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Rubens Lello Paulo Filho, nº 386,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Maria Grazi de Souza Silva, cujo o condutor era

Antônio Genaro de Oliveira.

Veículo: Motorista

Modelo: Y/XTZ 126 G

Ano: 2008 - 2009

Placa: KJR 4635

Chassi: 9C6K125090003188

Data do Acidente: _____

Local e Data: _____

Antônio Genaro de Oliveira
Assinatura do Declarante

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



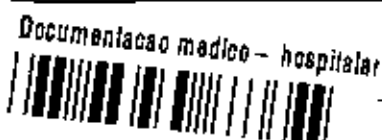
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RYAN ERICK GENUINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 02/07/12
NOME DA MÃE MARIA DAS VITÓRIAS DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 107990
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1072895
DATA DO ATENDIMENTO 01/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 22:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA



DIAGNÓSTICO (S) TRUMATISMO E FERIMENTO DE FACE E COURO CABELUDO
CID 10 S01.7, S01.0,

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO FERIMENTO DE FACE E COURO CABELUDO, ESCORIAÇÃO EM MEMBROS. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA E BMF. CIRURGIA PLÁSTICA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO,
RX MÃO DIR. RX COTOVELO DIR.
USG do abdômen total. (FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

EXAMES RADIOLOGICOS - NORMAIS

TRATAMENTO:

CIRURGIA PLÁSTICA - RECONSTRUÇÃO DE REGIÃO FRONTAL COM ROTAÇÃO DE RETALHO

ALTA HOSPITALAR: 14/04/18
DATA DA EMISSÃO: 27/07/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

Documento de Alta

Nome: RYAN ERICK GENUINO DA SILVA			Número Prontuário: 107990
Data de 02/07/2012	Sexo: Masculino	Data de Internação: 02/04/2018 04:49:32	Data de Alta: 14/04/2018 07:54:28
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA HOSPITALAR			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA DE FACE. FEZ USO DE OXACILINA COM BOA EVOLUÇÃO. RECEBEU ALTA DA BUCO-MAXILO-FACIAL			
Resultado de Exames:			
Tratamento: CONSERVADOR COM OXACILINA			
Diagnóstico: S01.7 - Ferimentos múltiplos da cabeça			
Recomendações: ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. PRESCRITO CEFALOXINA			

Data: 14/04/2018

Dr. Conceição Almeida
MEDICINA
CRM 4541

CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
CRM: 4541 - PB



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

ATESTADO

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS QUE RYAN ERICK
GENUINO DA SILVA ESTEVE INTERNADO NESTE SERVIÇO NO
PERÍODO DE 01/04/18 A 14/04/18 .

JOÃO PESSOA 14/04/18

Dra. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

RYAN ERICK GENUINO DA SILVA

MATRÍCULA

0708390155 2012 1 00010 191 0008939 41

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) dois de julho de dois mil doze		DIA 02	MES 07	ANO 2012
HORA DE NASCIMENTO 03:03	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Guarabira-PB			
MUNICÍPIO DE REGISTRO Cuité-PB	LOCAL DE NASCIMENTO Hospital Regional de Guarabira		SEXO masculino	
FILIAÇÃO Elias Genuino de Oliveira e Maria das Vitórias da Silva				
AVÓS PATERNO(S): Gabriel Genuino de Oliveira e Maria da Luz Santos de Oliveira; MATERNOS(S): José Antonio da Silva e Severina Matias da Silva.				
GÊMEOS NÃO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEOS(S) NÃO POSSUI			
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) vinte de julho de dois mil doze (20/07/2012)			DNV (DEC. NASC. VIVO) 596287544	

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Registro lavrado em 20/07/2012, fls. livro A-00010, Nº 8939, folha 191-V.

Documentos de identificação



NOME DO OFÍCIO

Cartório Maurício da Silva

OFICIAL REGISTRADOR

José Ronely Viagas da Silva

MUNICÍPIO

Cuité-PB

ENDEREÇO

Rua Sete de Setembro nº60 Centro Cuité-PB - CEP - 58208000
FONE. (83)3271-1555

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé

Cuité-PB, 20 de Julho de 2012

José Ronely Viagas da Silva
Oficial do Registro Civil

VALIDO EM TODO TERITÓRIO NACIONAL - QUALQUER ALTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

1201673

GOVERNHO FEDERAL DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO



IDENTIFICACAO PLANTILHA IDENTIDADE A VISTA

3559443 DATA DE EMISSAO 05/07/2002
MARIA GORETE DE LIMA SILVA
Sebastião Joaquim da Silva
Irene Adriano de Lima Silva
Serra da Raiz - PB 09.10.1984
Cert. Nasc. 3.275-Fls. 288-Liv. A-4
Cart. Sertãozinho - PB

MINISTERIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

CONTRIBUANTE DE IRRECUCAO
NOME
073.262.154-21
NOME
MARIA GORETE DE LIMA SILVA
NASCIMENTO
09/10/1984
VALIDO APENAS COM CONTRIBUINTE DE IRRECUCAO

CODIGO DE CONTROLE
803573453073554

Este documento deve ser entregue ao
seu representante fiscal, no ato da
declaração de renda anual.
Condições de emissão:
Departamento de Receita Federal do Brasil
Setor de IRPF - 1004/2015 - 1004/2015
Data de emissão: 05/07/2002

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PB Nº 013176566203
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - 20170200011179-8
11 0014203616-1 00/00000000 2017

ANTONIO GENUINO DE OLIVEIRA

70034607420

KJR4635/PB

KJR4635

9C6KE125090003188

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/MOTO APPLIC

GASOLINA

YAMAHA/XTZ 125F

2008 2009

2 P/124 /CI

PARTIC

AVUL

IPVA PAGO EM 05/05/2017

V

EXISTIVA

2

3

8

3

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO

P A G O

07/06/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

GUARABIRA - PB

17221

04/07/2017

40568

GUARABIRA - PB Nº 013176566203 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTABELECE O DEVER DO SEGURO E A RESPONSABILIDADE DO SEGURO DPVAT

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

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

DATA EMISSÃO
2017 04/07/2017

70034607420

KJR4635/PB

00142036161

YAMAHA/XTZ 125F

2008 9

9C6KE125090003188

PREMIO TARIFARIO

SEGURO DPVAT

CHPU 09.248.802/0001-04

40568-1611532-20170704

0E2-2016

OUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336035/18

Vítima: RYAN ERICK GENUINO DA SILVA

CPF: 073.262.154-21

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 01/04/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA GORETE DE LIMA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA GORETE DE LIMA SILVA : 073.262.154-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação
Tutela

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.

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: 13/09/2018
Nome: RYAN ERICK GENUINO DA SILVA
CPF: 073.262.154-21

RYAN ERICK GENUINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA RYAN ERICK GENUINO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 01/04/2013 POSSUI CPF () SIM (X) NÃO Nº CPF _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): MARLA GONETE DE LIMA SILVA
 Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário (X) Representante Legal - CPF do portador 073 262 154 -21
 E-mail: _____
 Data: 23/09/2013 Assinatura: Mário Gonçalves da Silva Tel: 089 3776 1451

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AC. GUANABARA / OB
 Atendente: ROSEANE ALVES DE CARVALHO Matrícula: 947964-0
 Data: 23/09/2013 Assinatura: _____

De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios. Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora LIDER, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora LIDER except where provided for in a written agreement between you and Seguradora LIDER. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma. Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular nº 445/12, disponível no endereço eletrônico: <http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 COAF.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
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 Maria Goretti de Fátima Silva, inscrita (a) no CPF/CNPJ 073.062.154 / 14, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafaela Garcke Guimarães da Silva, inscrita (a) no CPF sob o Nº 073.062.154 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura da vítima, conforme determinação da Circular SUSEP 445/12: Agente, Declaro Profissão: Agente e apresento os documentos comprobatórios: Renda: R\$ 1.100,00

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Adolpho Lopo P. 200</u>		Cidade: <u>Guarulhos</u>		Estado: <u>SP</u>		Número: <u>386</u>		Complemento: <u></u>	
Bairro: <u>Alt. 6 Boa Vista</u>		Cidade: <u>Guarulhos</u>		Estado: <u>SP</u>		Número: <u>386</u>		Complemento: <u></u>	
E-mail: <u>adolfoguarulhos@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD): <u></u>		Telefone celular (DDD): <u>(11) 98731-8008</u>					

Guarulhos, 02 de agosto de 2014

Assinatura do Declarante
Marina Goretti de Fátima Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180426422 **Cidade:** Pirpirituba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RYAN ERICK GENUINO DA SILVA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NA FACE E EM COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Paula Dias Carneiro

CRM: 52730980

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180426422 **Cidade:** Pirpirituba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RYAN ERICK GENUINO DA SILVA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NA FACE E EM COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336035/18

Vítima: RYAN ERICK GENUINO DA SILVA

CPF: 073.262.154-21

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 01/04/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA GORETE DE LIMA 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

MARIA GORETE DE LIMA SILVA : 073.262.154-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação
Tutela

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: 13/09/2018
Nome: RYAN ERICK GENUINO DA SILVA
CPF: 073.262.154-21

RYAN ERICK GENUINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180426422 **Cidade:** Pirpirituba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RYAN ERICK GENUINO DA SILVA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NA FACE E EM COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Paula Dias Carneiro

CRM: 52730980

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Tutela



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE GUARABIRA
JUIZADO DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE
Rua Solon de Lucena, 55. Tel. (83) 3271-3342

TERMO DE GUARDA E RESPONSABILIDADE

Aos 16 (dezesesseis) dias do mês de agosto de 2016 (dois mil e dezesseis), nesta cidade e Comarca de Guarabira, Estado da Paraíba, neste Cartório da 2ª Vara, onde presente se achava a Exmª. Sra. Dra. Isabelle de Freitas Batista Araújo, Juíza de Direito da Comarca de Guarabira, comigo Técnico/Auxiliar Judiciário ao final assinado, por volta das 09:40 horas, compareu a autora: **MARIA GORETE DE LIMA SILVA**, brasileira, união estável, manicure, portadora da RG nº 2.950.443-SSP-PB, residente à Rua Rubens Coelho Pereira Filho, nº 386, Alto Boa Vista, Guarabira-PB, encarregando-a para bem e fielmente desempenhar com os deveres inerentes ao cargo para o(a) qual foi nomeada, concedendo-lhe(s) a Guarda e Responsabilidade em favor do(s) menor(es) **RYAN ERICK GENUINO DA SILVA**, menor impúbere, nascido(a) em 02/07/2012, filho(a) de Elias Genuino de Oliveira e de Maria das Vitórias da Silva, registrado no Cartório do Registro Civil de Cuité - PB, sob nº 0708390155.2012.1.1.00010.191.0008939-41. Tudo conforme Sentença proferida nos autos da Ação de GUARDA DE MENOR nº 0008370-28.2014.815.0181, podendo representá-lo nos mais diversos atos da vida civil. Aceito por eles, dito compromisso, prometeu cumprir fielmente com os seus deveres para os quais foi nomeado. Do que para constar o presente termo, que lido e achado conforme vai devidamente assinado. Eu, Severino Ribeiro da Rocha, Técnico Judiciário, o digitei e assino.

Isabelle de Freitas Batista Araújo
ISABELLE DE FREITAS BATISTA ARAÚJO
Juíza de Direito da 2ª Vara

Maria Gorete de Lima Silva
MARIA GORETE DE LIMA SILVA
Guardiã