Seguradora LÍDER

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Miraul Carlos da Silva	841.520.492-15	19/06/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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:

X 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. 5º 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.

ÁREA DE SEGURANÇA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2018
SEGURADORA S/A
Av. Getúlio Vargas 401 - Boa Vista - RJ

Barbacena, 06 de fevereiro de 2018
Local e Data

Miraul Carlos da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1.001 V001/2017

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA---SUS:
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UVE
AGENDIFICADO
19/06/2016

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DE ATENDIMENTO =>	DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
	19	06	2016	09:23	0gesh

01 DADOS DO (A) PACIENTE:

Nome: Michael Farias da Silva

SEXO: M (X) / F ( )

DATA NASC: Dia 17 Mês 08 Ano 1984 Idade: 31 Documento de Identificação: 231757 C.P.F.: 841 520 792 15

End: Rua / Avenida: Rua 5 Nº:

Bairro: Jardarai Município: Rio Estado (UF): RR Complemento: 9915646555

Pai: Luis Carlos da Silva

MÃE: Joana Francisca da Silva

02 DO ACIDENTE:

( ) RESIDÊNCIA ( ) VIA PÚBLICA ( ) TRABALHO ( ) TRÂNSITO ( ) OUTROS (DESCREVER)

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:

( ) TRANSPORTADO ( ) DE AMBULÂNCIA ( ) REMOVIDO ( ) OUTROS (DESCREVER)

04 TIPO DE ACIDENTE:

( ) TRAUMÁTICO ( ) QUEIMADURA ( ) ENVENENAMENTO ( ) CHOQUE ELÉTRICO ( ) OUTROS (DESCREVER)

Outros (descrever)

TEMP: PESO / Kg: P.A. X mmHg.

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:

PROFISSÃO

DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES

06 DOENÇA OCUPACIONAL:

( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (ESPECIFICAR)

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:

ESPECIALIDADE: Clínica de Matos

RESUMO CLÍNICO: Dor no abdômen 5º e 6º dorsal

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO: Cranialgia

PROVÁVEL: DEFINITIVO

LISTA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 21 MAR 2016 SEGURADORA

05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO BR 174 - Km 468 CEP: 69.370-970 RORAINÓPOLIS RR

08 DO (A) PACIENTE:

REMOVIDO (A) PARA:

INTERNADO NO (A):

Confere com original

( ) ALTA ( ) RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO ( ) SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA DIA	MÊS	ANO	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA
19	06	2016	Raquel Dias	Médico

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 881 - Centro - Boa Vista - RR Nº de Nota Fiscal 000167967

Classificação de Atividade Econômica: 2341-0/00
Nota Fiscal/Fatura de Energia Elétrica - Série B 1
Documento emitido por ME EPP optante pelo Simples Nacional

Agência Social de Energia Elétrica - TSEL nº [illegible]
[illegible] de 25 de [illegible] de 2002

00/08/2017	16/11/2017	247	131,79

FRANCISCA MARIA DA SILVA SANTOS
R 5 8?? QD 420 LOTE 16 ANDARAI
CPF: 00822395346?72
CEP: 69 375-000 - RORAINOPOLIS ROT: 218.069.18.16.183000

Atual:	18729	Atual:	31/10/2017
Anterior:	18512	Anterior:	30/09/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	30/11/2017
Consumo Medido:	217	Emissão:	31/10/2017
Consumo Faturado:	217	Apresentação:	31/10/2017

13AM

NORMAL

Classificação	Tipo	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Nome Tarifário
RESIDENCIAL	BI	30000?2??		4?4?4?	561

Mês/ano consumo	
SET/17	116
AGO/17	327
JUL/17	455
JUN/17	510
MAI/17	461
ABR/17	5??
MAR/17	3?
FEV/17	860
JAN/17	525
DEZ/16	559

CONSUMO 217 A R$ 0,435459 =	94,49
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	40
PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/10	

SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ene Garcez, 404 - Boa Vista - RR

CASE MAIS COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS DO SUA FATURA [illegible]
COBRA SEGURANÇA PARA NOSSOS CONSUMIDORES. ATENDIMENTO IBGE CENSO
AGORA PRECISAMOS DE 2 MINUTOS PARA RESPONDER DURANTE ENTREVISTA
DIGITE 0800701191 E FAÇA OPÇÃO VERDE [illegible]

[illegible] 1.00:2208 E.92.C303 0E31.E530.BA2A.00AF

[illegible]	31,07	Base de Cálculo:	94,49
Energia:	41,24	Alíquota (%):	17,00%
[illegible]	0,00	Valor do ICMS:	16,06
[illegible]	6,30	Valor do PIS:	0,92
Tributos:	[illegible]	Valor do COFINS:	[illegible]

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00		0,00		

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

0104865-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 351 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 00.394.460/0001-41 | Insc. Estadual: 24.207.0590
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série 8-1
Regime especial de tributação previsto pelo Ato Cotepe 09/95

NF da Nota Fiscal: 000214061

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

FEVEREIRO/2018	01/03/2018	147	102,68

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
R. CAPELLA 882 LT 402 CIDADE SATELITE
CPF: 00060693479272
CEP: 69.317-492 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.11.490708

Atual	20827		
Anterior	20680		
Diferença	1,000		
Fator de Multiplicação	147		
Consumo Medido	147	FCAR	
Consumo Faturado			

Data	09/02/2018
Leitura	10/01/2018
Próxima Leitura	09/03/2018
Emissão	08/02/2018
Apresentação	09/02/2018
	30

NORMAL

Classificação	Modelo	Número Medidor	Fase	Classe Tar.	Dias Faturados
RESIDENCIAL	BT	62837440		1.1.1.2	151

Histórico consumo

JAN/18	240
DEZ/17	76
NOV/17	156
OUT/17	147
SET/17	151
AGO/17	164
JUL/17	159
JUN/17	141
MAI/17	151
ABR/17	132

TARIFA SEM TRIBUTOS: 0A 1x7 - 0,58076

CONSUMO 147 A R$ 0,571021 =	83,94	
ILUMINACAO PUBLICA	18,74	

LIGUE 0800701012O E FAÇA OPÇÃO VERCIMENTO 1,6 11 16 21 26
Parabens! Até o dia 06/02/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

SINISTROS - BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2018
SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ene Garcez, 351 - Boa Vista - RR

RESERVADO AO FISCO EB95.FA04.A9ED.E47D.A65A.C526.F4E4.2A11

Distribuição	25,20
Geração	40,30
Transmissão	0,00
Encargos	1,67
Tributos	16,77

Base de Cálculo	83,94
Alíquota ICMS	17,000
Valor do ICMS	14,26
Valor do PIS	0,44
Valor do COFINS	2,07

5,55 11,10 22,21 3,07 7,35 14,70 3,20
3,13

Seguradora LÍDER

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

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

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

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

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 606.934.792 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Miael Carlos Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 841.520.492 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Miael Carlos Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 841.520.492 / 15 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ 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.

GERÊNCIA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 MAR 2018
SEGUROS BRASIL
RECEITA DECLARADA
Boa Vista - RR

Endereço		Número	Complemento
Rua: Capella, LT: 402		402	
Bairro: Cidade Satélite	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.317-492
Email: franciscasnascimento@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD): (95) 99139-0860	

Boa Vista - RR 21 de Março de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Irani Francisca da Silva,

RG. Nº 66443 data de expedição 05/11/2004, Órgão Expedidor SSP/AM, portador do CPF nº 225.230.502-49, com domicílio na cidade de Rorainópolis, no Estado Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua 5 S/N

, Bairro Andarai, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima: Misael Carlos da Silva, cujo o condutor era Misael Carlos da Silva.

Veículo	motocicleta
Modelo	Honda Biz 125 ES
Ano	2008
Placa	NAZ 6260
Chassi	9C2JC4202BR148806
Data do Acidente	19 de julho de 2016

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Senador Júlio Bezerra, 184 - Boa Vista - RR

Local e Data: Rorainópolis

Irani Francisca da Silva

Assinatura do Declarante

Misael Carlos da Silva

Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
RECONHECIMENTO
Reconheço a assinatura por AUTENTICA de: (1) MISAEL CARLOS DA SILVA; (2) IRANI FRANCISCA DA SILVA
Rorainópolis, 06 de fevereiro de 2018. Em testemunho da verdade.
Selo: R$ 0,06 – Total: R$5,96
LUANA SOUSA DO NASCIMENTO – Escrevente autorizada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 293.757 — DATA DE EXPEDIÇÃO: 24/03/2000

NOME: MISAEL CARLOS DA SILVA

FILIAÇÃO: LUIZ CARLOS DA SILVA / IRANI FRANCISCA DA SILVA

NATURALIDADE: CARACARAÍ-RR — DATA DE NASCIMENTO: 17/08/1984

DOC. ORIGEM: CN 4588 F 229 L A-16 CARACARAÍ-RR

CPF

ASSINATURA DO SETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

841.520.792-15

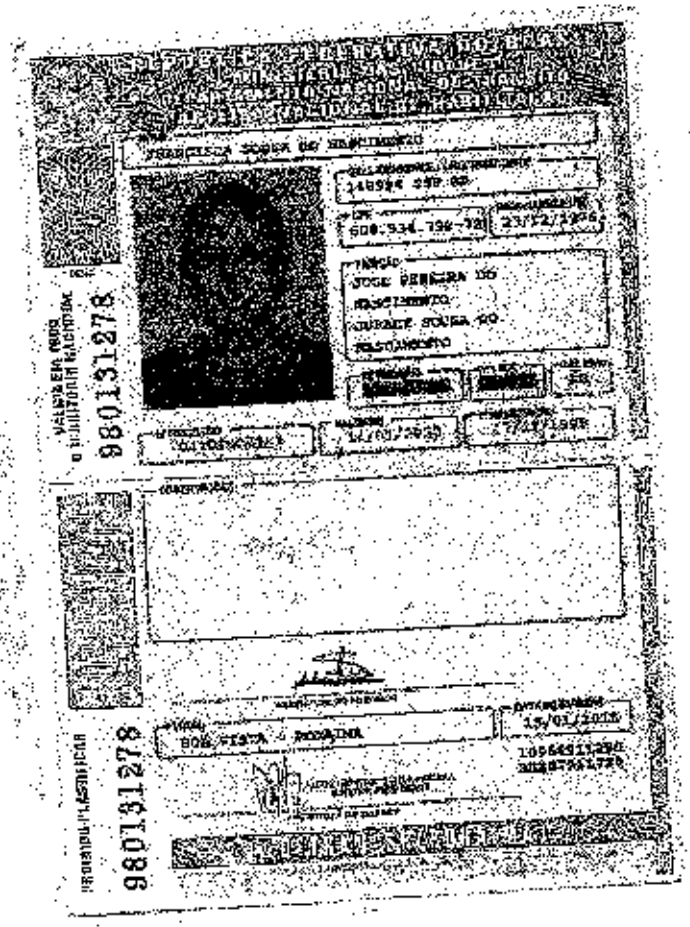
MISAEL CARLOS DA SILVA

17/08/1984

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Coronel Julio Batista, 401 - Boa Vista - RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RS
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 8424137009

NOME: TRANI FRANCISCA DA SILVA

GASOLINA

HONDA/BIZ 125 ES — 2003 — 2003

PARTICULAR PRETA

IPVA: ** PAGO ** — ** PAGO ** — 1º ********
** PAGO — PARCELAMENTO DO IPVA — COTA ÚNICA ** — 2º ********
3º ********
** PAGO ** — ** PAGO **

OBSERVAÇÕES:
AL. FID. BV FINANCEIRA S/A CFI
BEN. TRIBUTÁRIO

Banco Itaú S.A.
Banco Presidente

BILHETE DE SEGURO DPVAT
RS Nº 8424137009

NOME: TRANI FRANCISCA DA SILVA

HONDA/BIZ 125 ES

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.
CNPJ: 09.248.608/0001-04

CONFERE COM O ORIGINAL
SEGUROS SEGURADORA SA
Av. Castelo Branco, 641 - Porto Alegre - RS
22 MAR 2005

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180133693 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MISAEL CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO E TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDENCIAS DE SEQUELA QUE CARACTERIZE INVALIDEZ PERMANENTE.

DANOS

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

PRESTADOR

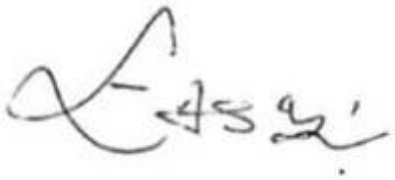
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO DE INSUFICIENCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

EU: Misael Carlos da Silva,
portador da carteira de identidade de nº 2310507, e CPF nº 241.520.792-15, residente e domiciliado à Rua 05 S/N Bairro Andarai,
na Cidade de Caracaraí - Roraima.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial à Seguradora Líder dos Consórcios que, fui socorrido por terceiros e levado ao pronto socorro, mesmo existindo serviço de atendimento de emergência na cidade. Tal feito se deve a insuficiência técnica e operacional do serviço, onde a demanda não é suprida por falta de investimento do poder público.

Declaro sobre as penas da Lei nº 7.115/83 e do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as declarações acima são verdadeiras.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Caracaraí, 06 de fevereiro de 2018

Misael Carlos da Silva

ASSINATURA DO DECLARANTE

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2018
OLIANTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Brazeiro, 104 - Boa Vista - RR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Misael Carlos da Silva, brasileiro(a) estado civil Solteiro, profissão: Técnico em enfermagem portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 231 454 e inscrito no CPF/MF nº 841.520.492-15, residente e domiciliado na Rua 5, nº S/N, Bairro: Andaraí, município de : Mucajaí/RR, Tel.(95)991894635, E-mail: paulosousa1@hotmail.com

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº 148.994 SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na Rua: General Penha Brasil, nº 102/2, Bairro: Centro, município de Boa Vista- RR

PODERES ESPECIAIS: a OUTORGADA para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizado ao outorgado.

AREA DE SINISTROS - ANVAL
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2018
CENTRE SEGURADORA SIA
Av. Capitão João Barata, 634 - Boa Vista - RR

Boa vista, 06 de fevereiro de 2018

Misael Carlos da Silva

OUTORGANTE

CARTÓRIO
RECONHECIMENTO
Reconheço a assinatura por AUTENTICA de: (1) MISAEL CARLOS DA SILVA. Baraúnópolis, 06 de fevereiro de 2018.
Emolumentos: R$ 2,98 + selo: R$ 0,00 = Total: R$2,98.
SILANA SOUSA DO NASCIMENTO - Escrevente Autorizada

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MISAEL CARLOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180133693**
Vitima: **MISAEL CARLOS DA SILVA**
Data do Acidente: **19/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180133693.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MISAEL CARLOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180133693**
Vitima: **MISAEL CARLOS DA SILVA**
Data do Acidente: **19/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180133693**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **19/06/2016**. 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

Seguradora LÍDER

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 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.

FIRMA DE SEGUNDA VIA RECONHECIDA NÃO VERIFICADA
22 MAR 2018
Tiago

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 ASI:

CPF da Vítima: 841.500.792-15

Nome completo da vítima: Misael Carlos da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Misael Carlos da Silva

CPF titular da conta: 841.500.792-15

Profissão: Técnico de enfermagem

Endereço: Rua 05

Número: S/N

Complemento: desempregado

Bairro: Assdasai

Cidade: Rosaiosópolis

Estado: Roraima

CEP: 69373 000

Email: desimenosacmente34@gmail.com

Telefone (DDD): (95) 991 390860

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

- [x] 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
- [ ] 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. ____ DV ____ (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. ____ DV ____ (Informar dígito se existir)

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: Caixa 104 NRO. 104

AGÊNCIA NRO. 4252 DV ____ (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 23641-1 DV ____ (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.

Rosaiosópolis 06 de fevereiro de 2018
Local e Data

Misael Carlos da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF/KOC VD03/2017


CAIXA
CONTA CORRENTE
MASTERCARD
DÉBITO


ÁREA DE SINISTROS - SPHAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2016
CHUBB SEGUROS BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

43062

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **1470/16** DATA: 04/07/2016 HORA: 11:39
ATENDENTE: JHONATAN SYMON DELEGADO(A) TITULAR: PAULO ANDRÉ

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 19/06/2016 HORA: 09:00
LOCAL: AV. CHICO RUFINO S/N - RORAINOPÓLIS-RR

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: MISAEL CARLOS DA SILVA RG: 231757 SSP/RR CPF: 841.570.792-15
DATA DE NASCIMENTO: 17/08/84 IDADE: 31 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: SÃO LUIZ DO ANAUÁ UF: RR
PAI: LUIZ CARLOS DA SILVA MÃE: IRANI FRANCISACA DA SILVA
GRAU DE ESCOLARIDADE: P4
ENDEREÇO: RUA SLANDARAI S/N RORAINOPOLIS-RR
REFERÊNCIA: RUA DA GELEIRA, NO FINAL DA RUA NA ESQUINA
TELEFONE: 9815646635

CODIGO	INFRAÇÃO	DESCRIÇÃO
15939	PROVIDENCIAS	OUTRAS PROVIDENCIAS

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, o acima qualificado nos informou que estava pilotando a motocicleta MARCA/MODELO HONDA PCX 125 FS, PLACA NAZ 6860, COR PRETA, RENAVAM 987961369, CHASSI 9C2JA0420BR148806, Registrada em nome do IRANI FRANCISCA DA SILVA, CPF 223.220.502-49, na Av. Chico Rufino sentido bairro centro, quando um cachorro atravessou a frente da motocicleta, não deu tempo de frear e veio a colidir ao cachorro neste momento perdeu o equilíbrio e veio a sofrer o acidente. Que foi socorrido por um colega que passava na hora do acidente e o levou ao hospital desse município, que sofreu lesões conforme prontuário médico.
E, é o que tinha a comunicar.

OBS.: O condutor não possue CNH.

Jhonatan Symon
AGENTE DE POLÍCIA

Misael Carlos da Silva
MISAEL CARLOS DA SILVA
COMUNICANTE

Intimado para o dia ____

DESPACHO

( ) Fato atípico, arquive-se. ( ) Intimar Comunicante ( ) Intimar as partes
( ) Ao S. J. para providências ( ) Aguardar audiência ( ) Encaminho para: ____

AREA DE SINISTROS - DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cantão Vila Buritis, 104 - Boa Vista - RR