

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JUERLANDO BASILIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180170603**

Vitima: **KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA**

Data do Acidente: **06/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180170603**.

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 12689958



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JUERLANDO BASILIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180170603**

Vitima: **KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA**

Data do Acidente: **06/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180170603**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUERLANDO BASILIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180170603**
Vitima: **KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA**
Data do Acidente: **06/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180170603**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13483247





SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL
042a. Delegacia de Polícia
Avenida Teotônio Vilela, s/n, Recreio Dos Bandeirantes, Rio De Janeiro - RJ, CEP: 22795-265, TEL.: 2332-8039

TERMO CIRCUNSTANCIADO

Lei 9.099/95

Nº 042-07936/2016

cabl

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016 11:43 Final do Registro: 06/11/2016 12:25

Origem: Outros Circunscrição: 042a. Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Ocorrências

Lesão Corporal Culposa (Lei 9503/97)

Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Capitulação: Artigo 303 da Lei 9503/97

Motivo Presumido: Ignorado

Data e Hora do fato: 06/11/2016 08:00 e 06/11/2016 08:00

Local: Sem tipo ESTRADA DOS BANDEIRANTES, 00 Bairro: VARGEM GRANDE Município: RIO DE JANEIRO-RJ

Seguradora Líder - DPVAT
Regulamento
Solicitar documento assinado conforme Guia de
() Laudo de IML em cópia simples
() Certidão de Óbito em cópia simples
() Comprovante de despesas médicas em cópias
() HO em cópia simples
PROJETO COPIADOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME

ESTRADA DOS BANDEIRANTES, em frente a "ESTAÇÃO FAZENDINHA

Despacho da Autoridade

Boletim de ocorrência



- 1 - Ouçam-se todos os envolvidos, incluindo eventuais testemunhas;
- 2 - Requisite-se BAM das vítimas. Requisite-se ECD realizando encaminhamento;
- 3 - Colha representação da vítima, caso manifeste esta intenção;
- 4 - Junte-se BRAT;
- 5 - Verifique:

- 5.1 - Se todos os motoristas possuem CNH;
- 5.2 - Se algum deles conduzia veículo de transporte de passageiros, no exercício de sua profissão ou atividade;
- 5.3 - Se algum deles deixou de prestar socorro, podendo fazê-lo;
- 5.4 - Se alguém dirigia sob influência de álcool ou outra substância psicoativa;
- 5.5 - Se participavam de corrida, "racha" ou coisa do gênero, em via pública, e sem autorização por quem detenha atribuição;
- 5.6 - Se transitavam em velocidade superior à máxima permitida para a via em 50Km/h.

URIEL ALCANTARA MACHADO NUNES

Id Funcional: 50231480

Envolvido(s)

Testemunha - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: CB DANIEL - Policial Militar - Comunicante

Carteira funcional Nº 62567 PMERJ

Lotação: 31 bpm

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Autor - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA - Civil ID não confirmada

Naturalidade: SEM MUNICÍPIO-XX Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Ignorado Estado Civil: Ignorado
Ocupação Principal: Ignorado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: LEANDRO COSTA - Civil ID não confirmada

- Representante

TERMO CIRCUNSTANCIADO**Nº 042-07936/2016**

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016 11:43 Final do Registro: 06/11/2016 12:25

Origem: Outros Circunscrição: 042a. Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Identidade Nº 00000000000 IFP

Residente na Sem tipo FRANKLIN DE CARVALHO 163 Bairro: PEDRA DE GUARATIBA Município: RIO DE JANEIRO
RJ CEP: 23026250 Telefone/Celular Nº: 21985076391 e-mail: leandro_costa@gmail.com Obs.: contato HELLEN
Filho de: N/D e ELIANE CRISTINA DA COSTA Data de nascimento: 01/01/1996 Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Negra Estado Civil: Solteiro(a) Ocupação Principal: Ignorado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652126)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: Branca

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: DARLAN PINHEIRO DA SILVA - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652136)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: LUCAS CORREIA DOS SANTOS - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652134)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Bem(ns) Envolvido(s)**Outros Materiais**

Proprietário: JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

Apresentante: CB DANIEL

Situação: Apreensão Destino: DP

1 01 CRLV do veículo CORSA, 1.6, , BRANCO, PLACA LBB7308, ANO 1996/1996.

Tipo do Bem: Documento do Veículo

Declarações**Testemunha - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo**
CB DANIEL - Comunicante

Colhido em termo apartado.

Autor - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo
JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA**Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo**
LEANDRO COSTA - Representante

QUE hoje, dia 06NOV2016, por volta das 07h30min, ele, KECIA, DARLAN e LUCAS vinham pela ESTRADA DO PONTAL para pegar o BRT; QUE um carro parou ao lado deles, e um individuo que estava sozinho dentro do carro, perguntou para onde eles iam e ofereceu carona para eles; QUE entraram no carro e seguiram em sentido GROTA FUNDA; QUE a via estava fechada e então fizeram o retorno; QUE como estavam cansados acabou dormindo no carro durante a carona e só acordou com o impacto do veículo num poste; QUE muitos transeuntes os ajudaram; QUE chamou os bombeiros e em torno de meia hora eles chegaram e levaram seus colegas para o HOSPITAL LOURENÇO JORGE; QUE em torno de uma hora depois, chegou a POLICIA MILITAR e o trouxe para esta UPAJ. QUE deseja representar contra o autor do fato. E mais não disse

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo
KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA - Hospitalizado**Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo**
DARLAN PINHEIRO DA SILVA - Hospitalizado**Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo**

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME

☒ BO em cópia simples
☒ Comprovante de despesas médicas em cópias
☐ Certidão de Óbito em cópia simples
☐ Laudo de IMI em cópia Simples
Solicitar documento assinalado conforme Guia de Regulação
Seguradora Líder - DPVAT

CONFIRMAÇÃO COM O ORIGINAL
10/11/2016

TERMO CIRCUNSTANCIADO

Nº 042-07936/2016

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016 11:43 Final do Registro: 06/11/2016 12:25

Origem: Outros. Circunscrição: 042a. Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

LUCAS CORREIA DOS SANTOS - Hospitalizado

Dinâmica do Fato

Notícia o comunicante CB PM DANIEL 82567 que hoje, dia 06NOV2016, por volta das 08h10min, quando em patrulhamento com seu colega de farda SD PM BARBOSA, MAT. 101179 foi acionado por MARÉ ZERO para proceder a um local de acidente de trânsito, situado na ESTRADA DOS BANDEIRANTES, em frente a "ESTAÇÃO FAZENDINHA". Disse também que ao chegar no local encontrou o nacional LEANDRO COSTA no local do acidente e as outras três vítimas já tinha sido removidas para o HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE. Informa também que o veículo um CORSA BRANCO, PLACA LBB7308, havia colidido com um poste em cima da calçada. Informa ainda que o motorista não estava dentre os feridos e que segundo informado por LEANDRO COSTA o mesmo se evadiu do local.

Termo de Representação

Lido os dados vinculados ao Registro de Ocorrência, REPRESENTO pela instauração de procedimento criminal contra o(s) autor(es) do fato narrado na forma do artigo 39 do Código de processo Penal, na data deste documento.

Termo de Compromisso / Declaração

Assumo a obrigação e declaro estar ciente para comparecer ao 09º JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL - BARRA DA TIJUCA REGIONAL Juizado Especial Adj. Criminal situado a Avenida Luiz Carlos Prestes, s/nº, Barra da Tijuca, na data 30/01/2017 às 14:30:00 para Audiência Preliminar de acordo com o artigo 69 da lei 9099/95.

Assinaturas

CB DANIEL

JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

DARLAN PINHEIRO DA SILVA

LEANDRO COSTA

KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA

LUCAS CORREIA DOS SANTOS

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME	
☒	BO em cópia simples
☐	() Comprovante de despesas médicas em cópias
☐	() Certidão de Óbito em cópia simples
☐	() Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinalado conforme Guia de Regulação	
Seguradora Lider - DPVAT	

TERMO CIRCUNSTANCIADO

Lei 9.099/95

N 042-07936/2016

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016 11:43 Final do Registro: 06/11/2016 12:25

Origem: Outros . Circunscrição: 042a. Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Oficial de Cartório - 4.219.037-1

CONFERE COM O ORIGINAL
Em 30/01/17

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME
☒ BO em cópia simples
☐ Comprovante de despesas médicas em cópias
☐ Certidão de Óbito em cópia simples
☐ Laudo de IML em cópia simples
Solicitar documento assinalado conforme Guia de Regulação
Seguradora Lider - DPVAT

ATO

Comprovação de ato declaratório



SUMÁRIO/GUIA DE ALTA HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM:	TELEFONE:	UNIDADE DE DESTINO:	TELEFONE:
--------------------	-----------	---------------------	-----------

CNS: 898.005.141.765.709		Nº PRONTUÁRIO: 289337	
NOME DO PACIENTE: Kecia Caroline Basilio da Silva		NOME SOCIAL:	
NOME DA MÃE: Maria Aparecida da Silva		SEXO: F	RACIA/COR: ☒ BRANCA () PRETA () AMARELA () Parda () INDIGENA
DATA NASCIMENTO: 30/10/2000	NACIONALIDADE: Brasileira	MUNICIPIO: Tapera - PB	RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Maria Aparecida
UF: PB	Nº IDENTIDADE: C.N. 070 698 2153 2000 200017 015 20165831	ÓRGÃO EMISSOR: Cartório Ribeiro de Lencastre	DATA EXPED: 21/10/2000
		UF EXPED: PB	CPF OU OUTRO DOC:

ENDEREÇO		Nº		COMPLEMENTO	
LOGRADOURO Rua Sampaio, 455					
BAIRRO: Rio das Pedras	CEP:	MUNICIPIO: Rio de Janeiro	ESTADO: RJ		
TELEFONE: 99829829	OBSERVAÇÕES				

RESUMO DA INTERNAÇÃO	
DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES # Fratura Fechada / Condicionada Venosa # Fratura Ex. Ten	PERÍODO 7/11/16 a 06/02/17

SUBMETIDO A CIRURGIA? ☒ SIM () NÃO - QUAL? Fratura Ex. Ten

UTILIZOU ANTIBIÓTICOS? ☒ SIM () NÃO - QUAIS? Keflex

ORTESSES E PRÓTESES? () STENT () ORTOPÉDICA () ENDOVASCULAR () OUTROS: _____

MÉTODOS COMPLEMENTARES: () TC () RMN () ENDOSCOPIA () ARTERIOGRAFIA () OUTROS: _____

INTECORRÊNCIAS? () SIM () NÃO - QUAIS? _____

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS: _____

RECOMENDAÇÕES PÓS-ALTA	
FOLLOW-UP NO HOSPITAL? ☒ SIM () NÃO - EM QUE CLÍNICA? _____	ATÉ QUANDO? ____/____/____
SEGUIMENTO PÓS-FOLLOW (ESPECIALIDADES RECOMENDADAS) _____	
COMPLEMENTARES (QUE MERECEM REPETIÇÃO): () IMAGEM () PATOLOGIA CLÍNICA - OBS: _____	
RECURSOS ADICIONAIS: () FISIOTERAPIA () FONOAUDIOLOGIA () PSICOLOGIA () OUTROS: _____	
CONSULTA NO AMBULATÓRIO () ORT () CIRURGIA GERAL () BUCO MAXILO - PROFISSIONAL: _____	

SAÍDA:		
☒ ALTA POR INICIATIVA MÉDICA	☐ TRANSFERÊNCIA	☐ ÓBITO
☐ ALTA REQUERIDA	☐ EVASÃO	

CID:
PROCEDIMENTO:
CID:

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS	
Dr. Thiago M. Uchôa CRM: 52.010 ASSINATURA DE UNIMBO DATA 06/2/17	



SUMÁRIO/GUIA DE ALTA HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM:		TELEFONE:		UNIDADE DE DESTINO:		TELEFONE:	
CNS: 848.005.141.765.767				Nº PRONTUÁRIO: 289337			
NOME DO PACIENTE:				NOME SOCIAL:			
Kecia Caroline Bastos da Silva							
NOME DA MÃE:				SEXO:			
Maria Aparecida da Silva				F			
DATA NASCIMENTO:		NACIONALIDADE:		MUNICÍPIO:		RAÇA/COR: ☒ BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDIGENA	
30/10/2000		Brasileira		Lapaçari - PB		RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:	
UF: PB		Nº IDENTIDADE: C.N.		ÓRGÃO EMISSOR:		DATA EXPED:	
		070 698 21 55 3000		Cartório		21/10/2000	
		20013 045 00163821		Tribunal de J. de		UF EXPED: PB	
						CPF OU OUTRO DOC:	
ENDEREÇO							
LOGRADOURO							
Rua Sarmambura, 455							
BAIRRO:				Nº		COMPLEMENTO	
Rio das Pedras							
TELEFONE:				MUNICÍPIO:		ESTADO:	
99829829				Rio de Janeiro		RJ	
OBSERVAÇÕES							

RESUMO DA INTERNAÇÃO	
DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES	
# Fractura de Fêmur / Condilolateral Unil	
# Exatida Ext. Ten	
PERÍODO	
3/11/16 a 06/02/17	
SUBMETIDO A CIRURGIA? () SIM () NÃO - QUAL? <u>Redado Ext. Ten</u>	
UTILIZOU ANTIBIÓTICOS? () SIM () NÃO - QUAIS? <u>Kupfer</u>	
ÓRTESES E PRÓTESES? () STENT () ORTOPÉDICA () ENDOVASCULAR () OUTROS:	
MÉTODOS COMPLEMENTARES: () TC () RMN () ENDOSCOPIA () ARTERIOGRAFIA () OUTROS:	
INTECORRÊNCIAS? () SIM () NÃO - QUAIS?	
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:	

RECOMENDAÇÕES PÓS-ALTA

FOLLOW-UP NO HOSPITAL? () SIM () NÃO - EM QUE CLÍNICA? _____		ATÉ QUANDO? ____/____/____	
SEGUIMENTO PÓS-FOLLOW (ESPECIALIDADES RECOMENDADAS)			
COMPLEMENTARES (QUE MERECEM REPETIÇÃO): () IMAGEM () PATOLOGIA CLÍNICA - OBS: _____			
RECURSOS ADICIONAIS: () FISIOTERAPIA () FONOAUDIOLOGIA () PSICOLOGIA () OUTROS: _____			
CONSULTA NO AMBULATÓRIO () ORT () CIRURGIA GERAL () BUCO MAXILO - PROFISSIONAL: _____			

SAÍDA:

(☒) ALTA POR INICIATIVA MÉDICA	() TRANSFERÊNCIA	() ÓBITO
() ALTA REQUERIDA	() EVASÃO	

CID:
PROCEDIMENTO:
CID:

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

Dr. Thiago M. L. L. L. L.
CRM: 52.010.010
ASSINATURA DO MÉDICO

DATA
06/2/17

HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE

LAUDO DE ECOCARDIOGRAMA:

NOME: Kicia caroline B da silva IDADE: 16 a

PRONTUÁRIO: 289337 DATA: 12/01/17

MEDIDAS:

AO: 2,5 (N. 2,0 a 3,7 cm) AE: 2,7 (N. 1,8 a 4,0 cm) VD: 2,0 (N. 0,8 a 2,6)

SEPTO: 0,8 (N. 0,7 a 1,1 cm) PP: 0,8 (N. 0,7 a 1,1 cm) VED: 5,2 (N. 3,5 a 5,7)

VES: 3,4 (N. 2,6 a 3,7) FE: 62% (N. >50%)

DIÂMETROS CAVITÁRIOS:

VE NORMAL (☒) AUMENTO DO VE ()

VD NORMAL (☒) AUMENTO DO VD ()

AE NORMAL (☒) AUMENTO DO AE ()

AD NORMAL (☒) AUMENTO DO AD ()

AORTA ASCENDENTE: NORMAL (☒) AUMENTO DA AO Asc. ()

ESPESURA DO VE:

NORMAL (☒) NO LIMITE SUPERIOR DA NORMALIDADE (), HVE () IMPORTANTE

HVE ()

OBS: _____

FUNÇÃO SISTÓLICA DO VE: NORMAL (☒) DISFUNÇÃO LEVE () MODERADA ()
SEVERA ()

OBS: _____

FUNÇÃO DIASTÓLICA DO VE: Normal(✓) Déficit relaxamento()
Déficit distensibilidade() Análise prejudicada()

Obs: _____

ALTERAÇÕES
SEGMENTARES _____

VÁLVULAS CARDÍACAS

MITRAL: Normal(✓) Prolapso anterior() Espessamento dos folhetos() Calcificação do
anel()
Outros _____

AÓRTICA: Normal(✓) Esclerose dos folhetos() Calcificação dos folhetos()
Com restrição a sua abertura() Sem restrição a sua abertura()
Outros _____

TRICÚSPIDE: Normal(✓) Outros _____

PULMONAR: Normal(✓) Não visualizada() Outros _____

PERICÁRDIO:

Normal(✓), Discreto aumento do líquido pericárdico(), Moderado DP(),
Importante DP()

Obs: _____

DOPPLER: _____

CONCLUSÃO:

Ecocardiograma normal

Dr. Sérgio A. R. Gonçalves
Médico

Sobrenome:
Nome: KECIA
ID paciente: 2000402
LEITO: 103/3

Origem:
Idade:
Aparélho 1:

Sexo: <Desconoci
Data nascim.:
Amostra:

Data: 07/01/2017
Hora: 8:30:32

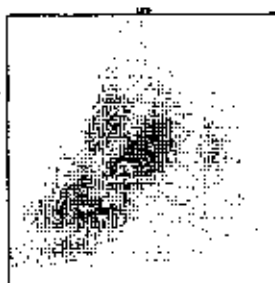
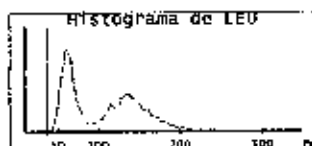
CD A Finalizado

Pos / Cass: 000206
Nombre lista: 37T17DF9

ID del operad: LABADMIN
Instrumento: Instrument 1

LEU 6.6
% NEU 48.4
% LIN 39.0
% MON 9.3
% EO 2.8
% BA 0.5
% ERBL 0.0
NEU 3.2
LIN 2.6
MON 0.6
EO 0.2
BA 0.0
ERBL 0.0

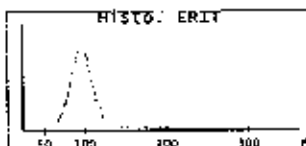
10A3/μL	Est LEU	6.6
%	Neut	48.4
%	Lin	39.0
%	Mono	9.3
%	Eos	2.8
%	Baso	0.5
%	ERBL	0.0
10A3/μL	Banda	2
10A3/μL	Inm Gran	
10A3/μL	Var LIN	
10A3/μL	Blasto	
10A3/μL		
10A3/μL		



Sospecha Definitivo

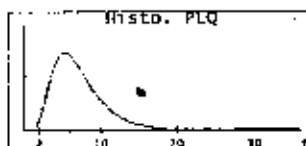
ERIT 3.60
HGB 10.5
HCT 32.2
VCM 89.4
HCM 29.3
CHCM 32.7
ADE 14.9

L	10A6/μL	ERIT
L	g/dL	
L	%	
	fL	
	DQ	
	g/dL	
	%	



PLQ 311
VMP 7.5

L	10A3/μL	PLaqueta
	fL	



% RET
RET
FRI
VMR

Retic

Revisado

COMENTARIO:

Fin del informe completo

Resultados das amostras

Konelab 7.1.1

Página: 1

Laboratory
Analyzer User

8/1/2017 08:54

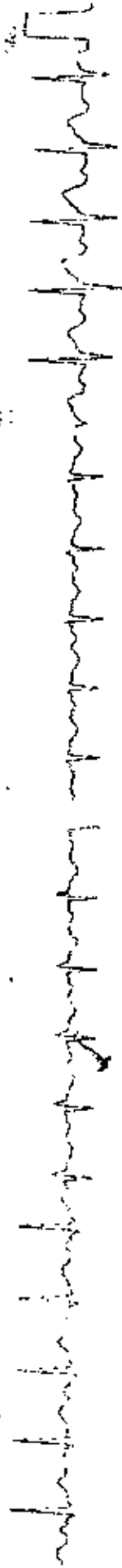
Id da amostra 2000402
Nome do paciente 2000402 KECIA

TESTE	Resultado	Unid. e	Resposta	Erro
Cloro	96.9	0.0	1.214	
Potassio	2.3	0.0	-10.961	
Sodio	137	0.0	-0.326	
PCR	11.6	0.0	0.218	
MAG CPZ	1.2	0.0	-0.187	
Gama GT	108	0.0	0.092	
Alc.	489	0.0	0.178	
TGP/ALT	10	0.0	-0.003	
Bil Total	0.20	0.0	0.004	
TGO/AST	13	0.0	-0.006	
Bil Direta	0.04	0.0	0.001	Lim. do teste baixo
Bili Ind	0.16	-	-	

17/11/16 12:20h

16 anos
6817010

JB Fina N 211



12



Página 001

BRISA DA TUNISA - FPO VE 344181 - CEP.22.00200 - Tel.: (021)431-1244
11.021.0013-46

Modelo: 16A
Requisito: 01/02/2017
Linha: 103.0002

CEP.22.00200 - Ponto Registrado: 00000000

1.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
2.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
3.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
4.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
5.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
6.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
7.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
8.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
9.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
10.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
11.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
12.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
13.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
14.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
15.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
16.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
17.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
18.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
19.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
20.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
21.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
22.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
23.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
24.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
25.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
26.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
27.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
28.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
29.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
30.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
31.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
32.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
33.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
34.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
35.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
36.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
37.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
38.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
39.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
40.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
41.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
42.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
43.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
44.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
45.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
46.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
47.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
48.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
49.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
50.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
51.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
52.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
53.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
54.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
55.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
56.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
57.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
58.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
59.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
60.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
61.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
62.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
63.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
64.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
65.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
66.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
67.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
68.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
69.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
70.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
71.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
72.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
73.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
74.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
75.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
76.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
77.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
78.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
79.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
80.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
81.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
82.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
83.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
84.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
85.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
86.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
87.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
88.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
89.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
90.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
91.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
92.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
93.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
94.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
95.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
96.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
97.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
98.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
99.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml
100.000	g/l	10,0 a 15,0 milhões/ml

BRISA DA TUNISA - FPO VE 344181 - CEP.22.00200 - Tel.: (021)431-1244
11.021.0013-46

CEP. 22.00200 - Ponto Registrado: 00000000

$$\frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{2}$$

1. 12. 1970

[illegible]
$$\frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{2} \quad \frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{2}$$

13. 1995

Journal of Interpersonal Violence 27(10)

1000

^a Values are means ± SD.

^a $\chi^2_{(0.95)} = 3.84$, $\chi^2_{(0.99)} = 6.63$.

Documentos de Identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.683.505 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/11/2017

NOME KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

FILIAÇÃO JOBERLANDO BASILIO DA SILVA
MARIA APARECIDA DA SILVA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 10/10/2000

DOC ORIGEM NASC.N.16585 FLS.45 LIV.A 17
CARTORIO TAPEROA-PB

CPF 197.800.327-70

João Pessoa - PB

Assinatura: Marcos A. B. Lacerda
Marcos A. B. Lacerda
Chefe do Núcleo de Registro Civil

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL P-139

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO





Maria Karoline Barbosa da Silva

ASSALUBIA DOTTEN

CARTeira DE IDENTIDADE

ds 12:26:25 de dia 21/02/2017 (hora e data de Brasília)
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante emitido pela

www.receita.fazenda.gov.br

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço

ES66.B9B7.DC8A.AE72

CÓDIGO DE CONTROLE

digito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

197.800.327-70

Nome

KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

Nascimento

10/10/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

digito verificador: 00
da 08:14:19 do dia 29/09/2014 (hora e data de Brasília)
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante emitido pela
www.receita.fazenda.gov.br
A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
9E39.F649.F261.EA27
CÓDIGO DE CONTROLE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

043.102.854-06

Nome

JUERLANDO BASILIO DA SILVA

Nascimento

22/12/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de Identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-139





Armando Bezile da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME JOERLANDO BASTILIO DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DE FÁTIMA BASTILIO DA SILVA

NATURALIDADE TAPEROA-PB

DOC ORDEM NASC. N. 7261 FLS. 196 LIV. A. 8

CPF 043.102.854-05

TODAS PESSOAS - PB

DATA DE NASCIMENTO 22/12/1981

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/12/2017

- 2 VIA

0 +

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133270/18
Vítima: KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA
CPF: 197.800.327-70
Data do Acidente: 06/11/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JUERLANDO BASILIO DA SILVA : 043.102.854-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/03/2018
Nome: JUERLANDO BASILIO DA SILVA
CPF/CNPJ: 043.102.854-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JUERLANDO BASILIO DA SILVA

Patricia Aleixo Silva

Ações
Aviso Seguradora Líder
Filtros
Buscar processo
Legenda

Resumo						
ASL	Nº Sinistro	CPF da vítima	Vítima	Natureza	Data sin	

Aviso Seguradora Líder

Identificação

Vítima

Sinistro

Pessoas

Documentos

Portador

Conclusão

Natureza do Sinistro *

Invalidaz

Data do sinistro *

06/11/2016

CPF de *

Próprio

CPF *

197.800.327-70

Vítima *

Data de nascimento *

Consultar data de nascimento

Documento

Emo

Para pros

Data de na

10/10/20

Não foi possível consultar situação cadastral.

OK

Confirmar

Cancelar

Avançar

Cancelar

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Fard
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 Líder, 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 Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. 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 Frões
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Kiara Karoline Barreto da Silva
DATA DO ACIDENTE 06/11/2016 CPF DA VÍTIMA 197800327-70
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É GENITOR (PAI)
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Nossa Sra. Conceição
Nº 511 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Centro
CIDADE Tapereola UF RS CEP 98680-000
E-MAIL marcelo@vivo.com.br OU TELEFONE (51) 99640-4117

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) IMPOSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE ATENDIMENTO EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEM SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12-03-18
IDENTIDADE 2582 201204
ASSINATURA Walter Barreto da Silva

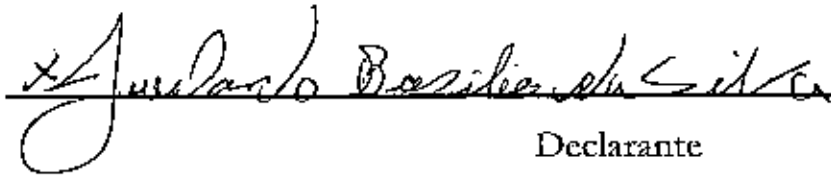
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO, MARCELO DA SILVA
DATA 19-03-18
NOME marcelo
ASSINATURA

Declaração

Eu, JUIRLANDO BASÍLIO DA SILVA, declaro que o presente comprovante de residência não encontra-se em meu nome, haja vista, que residência pertence ao meu irmão.

Por ser verdade, firmo o presente.

Taperoá - PB, ____/____/____.

_____

Declarante

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 número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JUANLANDO BASÍLIO DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 043102854-06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KÉCIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 197800327-70 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KÉCIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 043102854-06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: AGRICULTOR Renda: R\$ 2000,00 e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ENTRE OUTROS

☐ 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 Nossa Sra da Conceição</u>		Número <u>510</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Taperoá</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58680-000</u>
Email <u>marcelo.dlasna@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(31) 99640-4888</u>

Taperoá/PB de _____ de _____
Local e Data

Juanlando Basilio da Silva