

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.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 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 Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ticiyana Neide Reis da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.876.324 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz, da Vítima Ticiyana Neide Reis da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.876.324 / 07, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Av Bernardo Vieira de Melo</u>		<u>1551</u>	<u>Ala. A - Terreiro</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Pudade</u>	<u>Salvador do Guaporé</u>	<u>PR</u>	<u>54410 - 010</u>
Email	Telefone (comercial/DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>renatovalheiros1@outlook.com.br</u>			<u>(01) 99543 - 4554</u>

Rio de Janeiro, 01 de junho de 2019
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti

Assinatura do Declarante

Tempo da Doença *	Acesso à UPA *	Nível de Consciência *	Vulnerabilidade Social*
Horas	Samu	Vigil / Alerta	Ausente
Queixa Principal / História:			
Paciente vítima de acidente automobilístico há aproximadamente 1 horas (paciente estava no banco de carona de uma motocicleta, sando capacete) referindo dor abdominal em HCD e em HTE, e MTD. Paciente nega TCE, Síncope, Lipotimia ou vomitos.			
A : Via aéria pélvia, presença de colar cervical e prancha rígida. B : MV + em AHT sem RA - expansibilidade simétrica e sem crepitações ou enfisema a palpação C: Pulso simétricos e cheios D : ECG 04 + 05 + 06 : 15 E : Escoriações em MMSS e MMII			
Ao exame abdominal paciente apresenta dor em HCD , sem sinais de irritação peritoneal RHA + ANTECEDENTES: Infecção Otorrinolaringo: <input type="checkbox"/> Alergia: <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial: <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar: <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca: <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Doença Nefropatia: <input type="checkbox"/> Tabagismo: <input type="checkbox"/> Dislipidemia: <input type="checkbox"/> Alcoolista: <input type="checkbox"/> Medicamento: <input type="checkbox"/> Observações:			
EXAME FÍSICO			
EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas
Nutrido	Eupnéico	Afebril	Acianótico
Avaliação Cardio Vascular Observações: <input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Avaliação do Aparelho Respiratório Observações: <input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Avaliação Neurológica Observações: <input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Avaliação Aparelho Digestivo Observações: <input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada: SUPRACITADA			
Avaliação Aparelho Locomotor Observações: <input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada: SUPRACICTADA			
Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas SGU: <input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada: ORL: <input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada: Pele: <input type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	TEMP	SATO2	HGT
			18			36		

Médico Responsável: DR. ALEXANDRE PEREIRA DE
 MORAES E SOUZA FILHO
 Dr. Marcello S. J.
 CRM-PE 00000000000000000000000000000000

Cremepe: 23886

Prescrição.: 1543877 Data: 12/07/2018 21:46
Usuário....: ALEXANDREPSF
Atendimento: 1109138 Dt Nasc: 11/11/1989 (28a 10m 2d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 395825 - TICYANA NEIDE REIS DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 12/07/2018 21:35 0 Dias(s) Int
Médico....: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: ALEXANDRE PEREIRA DE SOUZA FILHO - CRM - null - 23886
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1^ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1 RX COLUNA CERVICAL A.P. / OBLIQUA / PERFIL ; Exame: 286469	1					[12/07] 21:46
2 RX TORAX P.A. ; Exame: 286469	1					[12/07] 21:46
3 RX JOELHO ESQUERDO A.P. / LATERAL ; Exame: 286469	1					[12/07] 21:46

IPAS
UPA IMBIRIBEIRA
RE-AÇO A VERACIDADE DESSA COPIA DO PRONTUÁRIO
MEDICO ELETRÔNICO

Dr. Marcello S. J. C.
Cadastrado na data: 10/09/2018 CRM - 23886

Prescrição.: 1543876 Data: 12/07/2018 21:46
Usuário....: ALEXANDREPSF
Atendimento: 1109138 Dt Nasc: 11/11/1989 (28a 10m 2d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 395825 - TICYANA NEIDE REIS DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 12/07/2018 21:35 0 Dias(s) Int
Médico....: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: ALEXANDRE PEREIRA DE SOUZA FILHO - CRM - null - 23886
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1^ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 CLORETO DE SODIO SOLINJ. 0,9%-500ML(FRESENIUS/BAXTER/BBRUM) > CATETER INTRAVENOSO N. 20	1	FA C/500ML		IV	Agora	12/07 21:46
2 DIPIRONA SODICA SOLINJ. 1G - 2ML > ESCALPE N. 21 > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL > AGUA BIDESTILADA SOLINJ. 10ML > SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	2	AMP		IV	Agora	12/07 21:46

IPAS
IMBIRIBEIRA
R- 40000-000
VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO
ELETRÔNICO

Dr. Marcello S. J. F. C.
Cadastrado Data: 10/02/2018 - Lote: 4.200

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Data de Nascimento: 11/11/1989

Data Atendimento: 12/07/2018

Prontuário: 0000395825

Cód. Atendimento: 01109138

Nome do Hospital: HGV

Senha: 5467857

Transporte: Ambulância Básica Ambulância Avançada Próprio
 Acompanhamento Médico

Observação: FERIMENTO EXTERNO EM JOELHO ESQ + LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR ESQ.

Recife, 12 de Julho de 2018

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

CRM: 21129

VIPAS
Unidade de Pronto Atendimento
RUA ALCÔA VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÍDIA ELETRÔNICO
Dr. Marcello S. J. C. CPE 14.220

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 13/07/2018 07:27:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA RG: PESO:
IDADE: 28 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:
Data de Nascimento: 11/11/1989
PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA
DATA DE ATENDIMENTO: 12/07/2018 21:35:52 ATENDIMENTO: 1109138 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RÉ-EMITIDO A VERAVIDADE DESTA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira
CNPJ: 23.344.422/0001-22

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Prontuário: 01091128

Data de Nascimento: 11/11/1989

Idade: 28a 9m 4d

Sexo: FEMININO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

CID 10 : M22.8 OUTROS TRANSTORNOS DA ROTULA

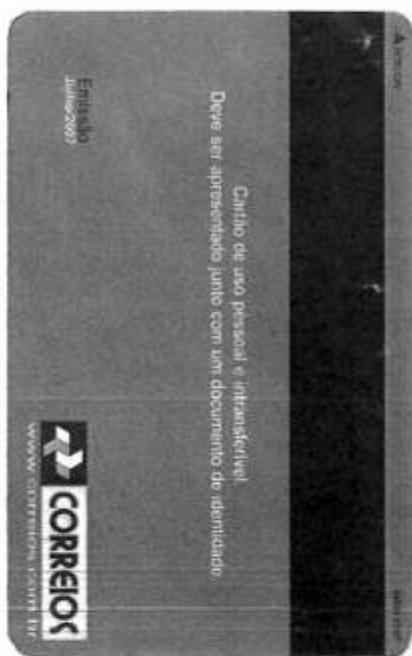
Feito o Exame de RADIOGRAFIAS

Observação:

PACIENTE COM LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR COM MENOS DE 20% DE ACOMETIMENTO, SUBMETIDA A REPARO CIRÚRGICO A CERCA DE 20 DIAS, APRESENTANDO FOLHOSA LIMPAS, CICATRIZADA, ADM COMPLETA, SEM SINASIS INFECCIOSAS, SEM DEFÍCIT DE EXTENSÃO.
CD : SOLICITO FISIOTERAPIA PARA REABILITAÇÃO FUNCIONAL

Recife, 16 DE AGOSTO DE 2018

HYGINO JOSE PINTO MARINHO - CRM: N°.14859





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450185/19

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

CPF: 089.876.324-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2018

Titular do CPF: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA : 089.876.324-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Identidade: 8.328.587 505 - PE

CPF: 099.876.324-07

Profissão: DESEMPREGADA

Endereço: RUA VIZOTE E TRÊS, N° 234, JUMBI DO PACHECO, TABOATÃO

CEP: 54230-092

DOS GUARARAPES - PE

Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 6162609 SSP - PE

CPF: 039.232.004-55

Profissão: ADVOGADO

Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, N° 1551 SALA 01, PERNAMBUCO

CEP: 54410-010

II TABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Telefone: (81) 99543-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

RECIFE, 24 DE ABRIL DE 2019.

Local e data

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA.

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Reconheço como autêntica(s) a(s) firma(s) de: TICYANA
NEIDE REIS DA SILVA. Jaboatão dos Guararapes,
24/04/2019 10:38:48. Em test^o da Verdade.

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
Av Bernardo Vieira de Melo, 1360 - Pindaré - Jaboatão dos Guararapes - PE - Fone: (81) 3094-8555

Titular: GRAZIELLA GUERRA RACELTE



Selo(s): 0074914.DRV04201901.02371

HELANE MARIA DE ARAUJO LIMA - Escrivente
E-mail: R\$ 0,39 TSNR R\$ 0,80 Total R\$ 4,79

Consulte a autenticidade do selo em: www.tgo.jus.br/seledigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0450185/19

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

CPF: 089.876.324-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2018

Titular do CPF: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

TICYANA NEIDE REIS DA SILVA : 089.876.324-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos

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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190698168

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
------------------------------	---

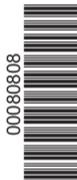
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190698168

Vítima: TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TICYANA NEIDE REIS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	089.876.324-07	Ticiyana Neide Reis da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Ticiyana Neide Reis da Silva	Endereço:	089.876.324-07
Desempregada	Rua Vinte e Três	Número:
Bairro:	Cidade:	234
Fazenda do Pacheco	Guarapari	Estado:
E-mail:	CEP:	ES
renatomaiaherone@gmail.com	DDD:	34.230-092
	TELEFONE:	7011-99543-4557

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR 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

SEM RENDA 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1245 CONTA: 73.074 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Belo Horizonte, 14 de abril de 2019
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 007^a CIRCUNSCRICAO - BOA VIAGEM - DP7^aCIRC DIM/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0097016445

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2019** às **11:09**

Complementa o BO Número: **18E0097014002**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 12/7/2018 às 19:30

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IBURA (BAIRRO), 1. AV DOIS RIOS CRUZAMENTO COM A RUA RIO XINGU - IBURA DE BAIXO - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDSON TAXISTA (AUTOR / AGENTE)
IZAIS CANDIDO DA SILVA (OUTRO)
TICIANA NEIDE REIS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **IZAIS CANDIDO DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON TAXISTA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

TICIANA NEIDE REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NAILDA LAGO REIS** P.º: **MAURICIO RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **11/11/1989** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **8328587/SDS/PE (RG)** **08987632407 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **- 81983235071**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE IBURA (BAIRRO), 234, RUA VINTE E TRES - IBURA - CEP: 55000-000 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDSON TAXISTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

IZAIS CANDIDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VOYAGE TP 4484 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDSON TAXISTA** que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON TAXISTA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL VW VOYAGE** Objeto apreendido: Não
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VOYAGE TP 4484**

MOTO CG PLACA KJF-9130 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). **IZAIS CANDIDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a). **IZAIS CANDIDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJF9130** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **MOTO CG PLACA KJF-9130**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA, QUE, NO ULTIMO DIA 12/07/2018, POR VOLTA DAS 07:30H, QUANDO TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO IDENTIFICADA NESTE BOLETIM DE OCORRENCIA, NO CRUZAMENTO DA AV DOIS RIOS COM A RUA RIO XINGU, FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO ENTRE A MOTO E O TAXI, SENDO SOCORRIDA PELA VIATURA DO SAMU, A UPA DA IMBIRIBEIRA, LESAO PARCIAL DO JOELHO ESQUERDO, COM LESAO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR, PASSANDO 15 (QUINZE DIAS) INTERNADA NO HOSPITAL, GETULIO VARGAS, SENDO ATENDIDA PELO MEDICO HIGINO JOSE PINTO MARINHO CRM - N° 14859. CASO AFETO A DELEGACIA DO JORDÃO. A VITIMA, EM 29/11/2019, COMPARECEU A DELEGACIA DE POLICIA DE BOA VIAGEM PARA CORRIGIR A DATA E HORARIO DO ACIDENTE DE TRANSITO, INCLUSIVE MOSTROU A FICHA DE ATENDIMENTO MEDICO, NA UPA DA IMBIRIBEIRA. ATENDIMENTO 01109138.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Ticiano Neide Reis da Silva

TICIANA NEIDE REIS DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **GUSTAVO ADOLFO DE AGUIAR TEIXEIRA** - Matrícula: **3506177**

J. do Taxí

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	089.876.324-07	Ticiyana Neide Reis da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Ticiyana Neide Reis da Silva	Endereço:	089.876.324-07
Desempregada	Rua Vinte e Três	Número:
Bairro:	Cidade:	234
Fazenda do Pacheco	Guarapari	Estado:
E-mail:	CEP:	ES
renatomaiaherone@gmail.com	DDD:	34.230-092
	TIPO DE CELULAR:	701199543-45574

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR 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

SEM RENDA 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1245 CONTA: 73.074 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Belo Horizonte, 14 de abril de 2019
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CTC RECIFE PE PL3
TICYANA NEIDE REIS DA SILVA
R VINTE E TRES 234.
ZUMBI DO PACHECO
54230-092 JABOATAO DOS GUARARA - PE

DATA DE POSTAGEM: 05/02/2018