

---

**Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190493943**

**Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES**

**Data do Acidente: 05/12/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ROZANGELA SANTOS RODRIGUES**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190493943**

**Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES**

**Data do Acidente: 05/12/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROZANGELA SANTOS RODRIGUES**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: Conta:

Autorizo a Seguradora Líder 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.

## 22 - 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 atenda 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

INVESTPREV

22 AGO 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INVESTPREV

22 AGO 2019





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510  
Comunicação: C2074182  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1480644 - FABRICIO SOUZA MARINHO Data/Hora do Acidente (hora local): 05/12/2016 17:25 BR: 101 KM: 49,3  
Município/UF: JAPARATUBA/SE Tipo de Acidente: Colisão traseira Sentido da Via: Crescente  
Fase do dia: Pleno dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente  
Sinalização existente: Vertical/Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro  
Houve danos ao patrimônio da União? Não  
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:  
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada  
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 2,8  
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe  
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 1 Tipo de Inclinação: Elevação  
Obstáculo ao Cruzamento: Muro Estado de Conservação do Obstáculo: Bom  
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre  
Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 2  
Tipo de Pavimento: Concreto Perfil: Em nível Traçado: Reto Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não  
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,2 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

INVESTPREV

22 AGO 2019

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb4b59295317



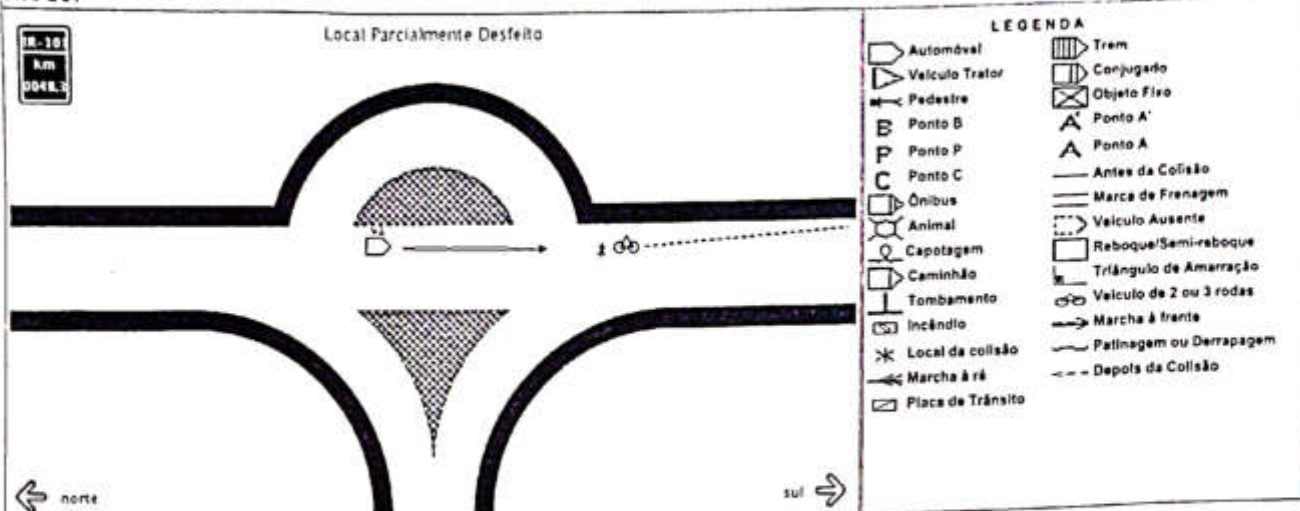
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510

Comunicação: C2074182

\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_

Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_ Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_

Distância AB (m): \_\_\_\_\_ Distância AC (m): \_\_\_\_\_ Distância BC (m): \_\_\_\_\_

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

CONFORME AVERIGUAÇÕES FEITAS NO LOCAL DO ACIDENTE, CORROBORADAS COM DECLARAÇÃO VERBAL DE TESTEMUNHAS, VERIFICAMOS QUE V1 - VEÍCULO BRANCO, ATINGIU V2 - MOTOCICLETA E EVADIU-SE, VINDO O MOTOCICLISTA A PERDER CONTROLE E CAIR.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510

Comunicação: C2074182

\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V1 Descrição: EVADIU-SE Chassi: Renavam:  
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Automóvel Emplacamento:  
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:  
Proprietário: não identificado CPF/CNPJ: 000.000.000-00  
Endereço: CEP:  
Município/UF: Telefones:  
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Não Há

Descrição do Recolhimento:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:  
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:  
Responsável pela Recepção:  
Documento do Responsável:  
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NVG-0641 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9C2KC1670BR304788 Renavam: 00274641402  
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Cor: PRATA Ano: 2011 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JAPARATUBA/SE  
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel  
Proprietário: ELIONALDO B. DOS SANTOS CPF/CNPJ: 00.000.725/1575-93  
Endereço: CEP:  
Município/UF: Telefones:  
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:  
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00 Motivo: Devolução  
Responsável pela Recepção: GIVANIO SANTOS RODRIGUES  
Documento do Responsável: 58821856534  
Município/UF: JAPARATUBA/SE Descrição do Encaminhamento: IRMAO DO CONDUTOR

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510  
Comunicação: C2074182  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/ EVADIU-SE  
Nome/Apelido: NAO IDENTIFICADO  
Data de Nascimento: Sexo: Ignorado Estado Civil:  
Nome do Pai:  
Nome da Mãe:  
Endereço: CEP: -  
Município/UF: Telefones: Celular:  
Grau de Instrução:  
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:  
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor:  
Origem: Destino:  
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Ignorado  
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado  
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:  
Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado  
Pertences:  
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:  
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):  
Município/UF: Motivo:  
Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/NVG-0641  
Nome/Apelido: GILVAN SANTOS RODRIGUES  
Data de Nascimento: Sexo: Masculino Estado Civil:  
Nome do Pai:  
Nome da Mãe:  
Endereço: CEP: -  
Município/UF: Telefones: Celular:  
Grau de Instrução:  
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:  
CPF: 013.899.925-27 Documento de Identificação: Órgão Expedidor:  
Origem: Destino:  
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim  
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado  
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 02533852367/SE Primeira Habilitação: 22/09/2002  
Validade CNH: 18/11/2020 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado  
Pertences:  
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: PLANTAO  
Documento do Responsável: 00 Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00  
Município/UF: JAPARATUBA/SE Motivo: Socorro  
Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510  
Comunicação: C2074182  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V1 Descrição: EVADIU-SE Chassi: Renavam:  
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Automóvel Emplacamento:  
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:  
Proprietário: não identificado CPF/CNPJ: 000.000.000-00  
Endereço: CEP:  
Município/UF: Telefones:  
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0.0 Estado dos Pneus: Não Há

Descrição do Recolhimento:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:  
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:  
Responsável pela Recepção:  
Documento do Responsável:  
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NVG-0641 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9C2KC1670BR304788 Renavam: 00274641402  
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Cor: PRATA Ano: 2011 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JAPARATUBA/SE  
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel  
Proprietário: ELIONALDO B. DOS SANTOS CPF/CNPJ: 00.000.725/1575-93  
Endereço: CEP:  
Município/UF: Telefones:  
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0.0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

PAÇOS DA CARGA

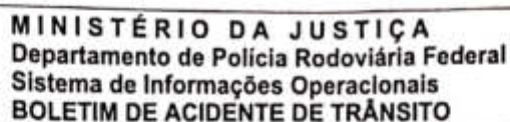
Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:  
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00 Motivo: Devolução  
Responsável pela Recepção: GIVANIO SANTOS RODRIGUES  
Documento do Responsável: 58821856534  
Município/UF: JAPARATUBA/SE Descrição do Encaminhamento: IRMAO DO CONDUTOR

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317



**Comunicação:** C2074182

* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada
-------------------------	-----------

Tipo de Envolvimento:  Veículo:  /

Nome/Apelido:  Sexo:  Data de

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:  CEP:

Município/UF:  Naturalidade:  Nacionalidade:

CPF:  Documento de Identificação:  Órgão Expedidor:  Telefones:

Estado Civil:  Grau de Instrução:

Ocupação Principal:  Origem:  Destino:

Estado Físico:  Socorrido pela PRF?  Usava Cinto?  Usava Capacete?

Existe Declaração em Anexo?

Transcrição da Declaração:

**Informações Complementares:**

Tipo de Receptor:	SAMU	Responsável pela Recepção:	PLANTAO
Documento do Responsável:	00	Data/Hora da Recepção (hora local):	05/12/2016 18:00
Município/UF:	JAPARATUBA/SE	Motivo:	Socorro
Descrição do Encaminhamento:			

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 19022afab59295317

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510  
Comunicação: C2074182  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 Placa: N° BOAT: 83522510  
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO Data: 05/12/2016 17:25  
Registro/Matrícula do Agente: 1480644

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1		X		27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1		X		34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X	
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":					0
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":					0
Total de pontos "SIM" + "NA":										0	

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa		X	59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".  
☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".  
☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

~~Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)~~

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317





RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 FAN ESI Placa: NVG-0641  
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO N° BOAT: 83522510  
Registro/Matrícula do Agente: 1480644 Data: 05/12/2016 17:25

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2	X		
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1	X		
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA" :				10	

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM  
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO  
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 FAN ESI	Placa: IVG-0641
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO	Nº BOAT: 83522510
Registro/Matricula do Agente: 1480644	Data: 05/12/2016 17:25

SEM FOTO

Frente



Traseira

SEM FOTO

Lateral Esquerda

SEM FOTO

Lateral Direita

INVESTPREV

22 AGO 2019

JUSTIFICATIVA

Internet do posto não consegue enviar fotos do smart para email

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 atenda 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

INVESTPREV

22 AGO 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





INVESTPREV

22 AGO 2019

MTL 4

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

H.S.S.

ALÉRGICA À DILONA 3

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 450837 DATA: 05/12/2016 HORA: 19:18 USUARIO: ELMENEZES  
CNS: SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ROZANGELA SANTOS RODRIGUES PS-Adulto  
 IDADE : 33 ANOS NASC: 13/01/1983 DOC...:  
 ENDEREÇO : R DO TABULEIRO SEXO...: FEMININO  
 COMPLEMENTO : 706701521308311 BAIRRO: CENTRO NUMERO: 73  
 MUNICIPIO : JAPARATUBA UF: SE CEP...:  
 NOME PAI/MAE : MARIA BISPO SANTOS /JOSE ROCHA DOS SANTOS  
 RESPONSÁVEL : IOLANDA/ IRMA TEL...: 9820-6255  
 PROCEDENCIA : JAPARATUBA  
 ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ ] mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

## DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 05/12/16

Paciente trazida pelo pai, mãe, irmã de col. com moto x carro. Glasgow 15, refere dor em mi. com deformidade. Abdômen = N/D Tórax = S/alteração

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

INVESTPREV

22 AGO 2019

DIAGNOSTICO:

CID:

Dr. Rosana Fremping  
 Cirurgia Plástica  
 CRM - 4285

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

Kejen 0,9 IV de 12 em 12

Profenid 100mg IV de 12 em 12

Raio X m.e. A.P. (cibria e fíbula + joelho)

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 05/12/16

05/12/16 # Cirurgia Geral

22h Paciente apresenta fratura no fíbula

AS HORAS

Cd = Ar. Anestesiologia

TÉCNICO DE RADIOLOGIA

M. Carol

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA  
Rua Min Apolinário Sales, 51 - Inácio Barbosa  
Aracaju / SE - CEP 49040-150  
CNPJ 13.017.462/0001-63 - Insc. Est. 075.787.438

Documento para pagar boleto  
Documento para a cobrança de contas

Nº 012.114.899

## DADOS DO CLIENTE

GILVAN SANTOS RODRIGUES  
RUA DO CEMITERIO 29 DUROVAL  
JAPARATUBA

CEP: 49960-000

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/914952-7

## REFERÊNCIA

MAR/2019

## APRESENTAÇÃO

21/03/2019

## CONSUMO

117

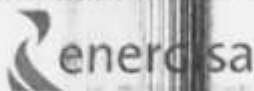
## VENCIMENTO

28/03/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 102,96

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



GILVAN SANTOS RODRIGUES

Roteiro: 13-260-820-0135

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

## VENCIMENTO

28/03/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 102,96

## MATRÍCULA

914952-2019-03-9

INVESTPREV

22 AGO 2019





Nº da Conta: 0268986363  
Mês de referência: 05/2019  
Período: 25/04/2019 a 24/05/2019  
Data de emissão: 01/06/2019

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)

Fale conosco: Central de Relacionamento  
\*8486 ou [www.vivo.com.br/faleconosco](http://www.vivo.com.br/faleconosco)

Telefônica Brasil S.A.  
Avenida Barão de Maruim, 304  
CEP: 49010-340 - Aracaju - SE  
I.E.: 27.106.814-0  
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62  
CNPJ Filial :02.558.157/0025-30

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTI  
AV AUGUSTO MAYNARD, 554  
AND 1  
SAO JOSE  
49015-380 ARACAJU - SE

**Vencimento**  
**10/06/2019**

**Total a Pagar - R\$**  
**51,59**

**Seus Números Vivo**  
**79-99969-0167**

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
<b>Serviços Contratados</b>						
VIVO CONTROLE DIGITAL-2,5GBILIM_	1	1	49,99	-	-	49,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
<b>Subtotal</b>						<b>49,99</b>
<b>Outros Lançamentos</b>						
Encargos Financeiros						1,60
<b>Subtotal</b>						<b>1,60</b>
<div>INVESTPREV</div> <div>22 AGO 2019</div>						
<b>TOTAL A PAGAR</b>						<b>51,59</b>

#### MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo) e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em [vivo.com.br/app](http://vivo.com.br/app) e navegue sem consumir seu pacote de dados

Até emissão desta conta constava(m) débitos de contas anteriores. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTI

Vencimento

10/06/2019

Total a Pagar - R\$

51,59

Cód. Débito Automático 0268986363-9

Nº da Conta 0268986363

Mês Referência 05/2019

846600000000

515900420016

102689863631

051961906107

Autenticação Mecânica



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 João Marcelo de Campos Lima Robertina

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.124.729 / 40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Regenilda Santos Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.122.585 / 51

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Regenilda Santos Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.122.585 / 51, 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.

Endereço: <u>Avenida Augusto Marmont</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: <u>1º andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Maracá</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>49015-380</u>	Tel. (DDD): <u>(79) 3222-0814</u>

Local e Data: Maracá-SE, 21.08.2019

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA  
Assinatura do Declarante