

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, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200351689

Vítima: MAIK GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 03/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAIK GOMES DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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:

037.260.012-39

4 - Nome completo da vítima:

MAIK GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo:

MAIK GOMES DA SILVA

6 - CPF:

037.260.012-39

7 - Profissão:

AJUDANTE PEDRIZO

8 - Endereço:

9 - Número:

495

10 - Complemento:

APARTAMENTO

11 - Bairro:

SÃO BENTO

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

14 - CEP:

69315-656

15 - E-mail:

arnoldo.costa20106.bol.com.br

16 - Tel.(DDD):

095 94116 0318

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 3190

013

CONTA: 00050203

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(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 à 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar 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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

Não

Vivos: _____

Sim

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Não

31 - Vítima

Sim

Teve irmãos?

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 15 de setembro de 2020
- Maik Gomes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência N°: 10591/2020 - Registrado em: 08/09/2020 às 16h 15min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 03/08/2020 às 06h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: LAURA CORREA MOREIRA

UF: RR

Bairro: SÃO BENTO

Nº: 634

CEP: 69315-656

Referência: PROXIMO BAR

Tipo de local: VIA URBANA

Complemento: CASA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MAIK GOMES DA SILVA(23), nascido(a) em 07/04/1997, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AJUDANTE DE PEDREIRO, CPF Nº 037.260.012-39, País: BRASIL, natural de SANTAREM-PA, filho(a) de MARIA LEILA FERREIRA DA SILVA e MANOEL GOMES DA SILVA, endereço: LAURA CORREA MOREIRA, cep: 69315-656, Nº: 634, bairro: SÃO BENTO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO BAR, Telefone: (95) 99120-0491.

RELATO DA OCORRÊNCIA

MAIK GOMES DA SILVA, TRAFEGAVA COM SUA MOTO DE PLACA JWF 1732, RENAVAN 008214900, NA RUA RIO QUINO QUANDO UM CARRO DE MARCA FIAT UNO, VINHA NA RUA TV SANTA FE, MESMO VEIO COLIDIR COM MOTO MESMO. FUGIU DO LOCAL SE PRESTA SOCORRO A VITIMA ESSE E RELATO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Maik Gomes da Silva
MAIK GOMES DA SILVA
COMUNICANTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	037.260.012-39	MAIK GOMES DA SILVA		
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:			
MAIK GOMES DA SILVA	037.260.012-39			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
AJUDANTE DE PEDREIRO	SÃO BENTO	495	APARTAMENTO	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
SÃO BENTO	Boa Vista	POA/MG	69315-656	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):			
arnoldo.2020106@hotmail.com.br	095941160318			

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 3190

013

CONTA: 00050203

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT à 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 15 de setembro de 2020
- Maik Gomes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maik Gomes da Silva_____
Maik Gomes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

CONTA/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	06/09/2020	236	216,02

ORLANDO JUNIO SILVA DE LIMA
CPF: 00886635280278
R. LAURA CORREIA MOREIRA 634 Q 585 LT 445 - SAO BENTO
CEP: 69.315-656 - BOA VISTA

DATA DA LEITURA		Próxima leitura:	
Atual:	19/08/2020	Anterior:	21/07/2020
Emissão:	18/08/2020	Apresentação:	19/08/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TD81730921	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	MMB	INJETADO	MMB	INJETADO	MMB	INJETADO	MMB	INJETADO
Leit. Atual	TOT/PA	TET/PA	F/PONTA	F/POONTA	INTERMED	INTERMED	RESERVADO	RESERVADO
Leit. Atual	3787							
Leit. Anterior:	3471							
Constante	1.000							
Resíduo								
Médido:	236							
Faturado:	236							

DETALHAMENTO DA CONTA

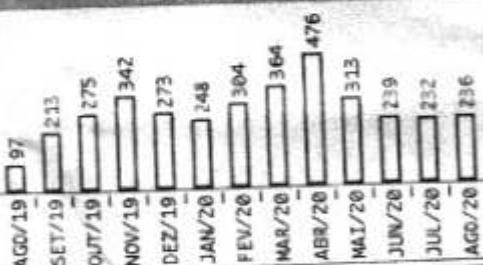
CONSUMO	236 A R\$ 0,786015 =	185,49
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 06/20-00		0,24
MULTA POR ATAS DE I 06/20-00		0,74
JUROS DE MORA POR ATR 06/20-00		0,17
MULTA POR ATAS DE I 06/20-00		3,61
JUROS DE MORA DE IMPO 06/20-00		0,98
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

DELETA SEN TRIBUTO:
9 A 236 - 0,617779

Média 12 meses: 281

HISTÓRICO DE MEDIDAÇÃO



2020 datas consultadas sobre tarifa e agravios do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/05/2009. O menor consumo pode ensejar tabela a inclusão do nome do consumidor na ZEEPA.

Caso tanto efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mas/Pro Valor R\$
07.2029 207,25

MENSAGENS IMPORTANTES

LIGE 08007613126 E PRAZO VENCIMENTO: 16/11/20 21:26

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO CE75.357A,A46B.3745.1DCC.4B01,E17D.9556

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	97,55
Distibuidora:	42,73
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,52
Perdas:	
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Base de Cálculo:	185,49
ALIQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%
PIS:	0,65%
	31,53
	1,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limites	8,85	17,70	35,40
Realizado	0,08		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limites	5,46	16,92	33,84
Realizado	1,08		
DMIC	Mensal	DIC/FIC	Anual
Limites	4,82		
Realizado	0,88		
Consultar:	Mês aquisição		EUSD

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	11/09/2020	485	435,07

ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES
CPF: 00057064261200
R. MARIA RODRIGUES SANTOS 996 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-285 - BOA VISTA

Atual:	25/08/2020	Anterior:	27/07/2020	Próxima leitura:	24/09/2020
Emissão:	24/08/2020	Apresentação:	25/08/2020	Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	12LDT00308	NORMAL	CONVENC

	KWH TOT/PIA	MULTADO TOT/PIA		KWH F.PONTA	MULTADO F.PONTA		KWH INTERMÉD.	MULTADO INTERMÉD.		KWH RESERVADO	MULTADO RESERVADO
Leit. Atual:	6279										
Leit. Anterior:	5794										
Constante:	1.000										
Resíduo:											
Medido:	485										
Faturado:	485										

DESCRIÇÃO DA CONTA

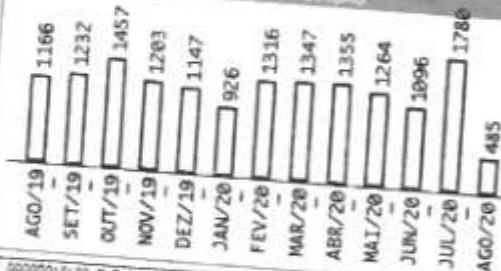
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/20-00	485 A R\$ 0,786015 =	381,21
MULTA POR ATRASO DE I 07/20-00		2,00
JUROS DE MORA POR ATR 07/20-00		0,68
MULTA POR ATRASO 07/20-00		0,02
JUROS DE MORA DE IMPO 07/20-00		26,88
ILLUMINACAO PÚBLICA		1,34
		22,85

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
I A 485 - R\$ 517770

Média 12 meses: 1274

HISTÓRICO DE MEDIDAÇÕES



LIGUE 08007215120 E PEGUE O SEU VENCIMENTO! 16/11/16/21/26
Parabéns! Até o dia 24/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO FF29.8D4F.B956.8A4F.C5DC.16FB.87D9.C600

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	200,48
Distribuição:	87,58
Transmissão:	0,00
Encargos:	11,35

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	381,21
AUQOTA	VALOR
ICMS:	17,88%
PIS:	0,65%
COFINS:	3,75%
Tributos:	14,29
	81,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,92		

FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	1,00		

CMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,99	Limite	
Realizado	0,92	Realizado	

Conjunta:	Mês apuração:	EUSD:
FLORESTA	06/2020	338,33



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

Para maiores esclarecimentos, acesse o site 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/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 LEONARDO DE SOUZA COSTA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 616535 942 / 168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAIK GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 037 260.012 / 39,

do sinistro de DPVAT cobertura POR INVADIDOR da Vítima MAIK GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 037 260.012 / 39, 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:

RUA MARIA EUD. GOMES DOS SANTOS

Número: 996

Complemento: 62810-010

Bairro:

ASA BRANCA

Cidade:

BOA Vista

Estado: POP/AM

CEP: 69312 285

E-mail:

lcamardo2012@gmail.com.br

Tel.(DDD):

095 991150318

Local e Data: Boa Vista/PR 15 de setembro de 2020


Assinatura do Declarante



not A76

03/03/20

unis

1º Classificação		Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

2001259670	03/08/2020 07:04:35	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	1	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MAIK GOMES DA SILVA		07/04/1997	23 A 3 M 26 D		03726001239		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE				M	NAO	PARDA	NACIONALIDADE
Mãe					INFORMADO		BRASILEIRA
MARIA LEILA FERREIRA DA SILVA					NI		Contato
Endereço							Ocupação
RUA - NI - NI - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER						
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Acidente de moto x Card							
Anamnese de Enfermagem		GSC			TOTAL		
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 07:08h)							
Paciente vítima de acidente com x moto, motorista da moto perdeu o controle, PCT apresenta dor em dente (E), no Palpação apresenta dor no nervo facial (G)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
Possível fratura em Região do dente. Possível fratura em Região do dente.							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
(1) Radiografia							
(2) Ortopedia							
(3) Odontologia							
(4) Ortopedia							
				<i>shell</i> CONFERIR ORIGINAL 04 SET 2020			
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / / : / / :				
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim) (<input type="checkbox"/> Não) Destino: (<input type="checkbox"/> Família) (<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica) / / / : / / :							

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



2001259670

Ort Dr. Peter

Pt visto lo señala trast
Rx con ZAC e salvo (B)

ss. tóxica + anfgr + reb +
estale + Li

IATE

~~Dr. LILIANA CRISTINA PELLEGRINI~~
~~Medico Trasplantologa~~
~~CIRUGIA~~
~~ONCOLOGIA~~

Sheet
CONFIDENTIAL
9.1 SET. 2020

Documentos

Llamado para la convención & cambio E.





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277296/20

Vítima: MAIK GOMES DA SILVA

CPF: 037.260.012-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2020

Titular do CPF: MAIK GOMES DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

MAIK GOMES DA SILVA : 037.260.012-39

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: 30/09/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

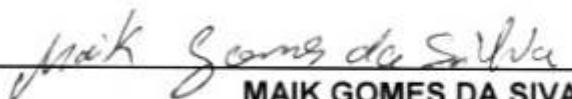
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MAIK GOMES DA SIVA, brasileiro, solteiro, ajudante pedreiro de, portador Cédula de Identidade RG 7673570SSP/PARA, CPF 037.260.012-39 residente e domiciliada na Rua Laura Correa Moreira, 634, Bairro São Bento, CEP 69.315-656, Município de Boa Vista - RR.

OUTORGADO: RONALDO SOUZA COSTA, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, RG 164075 SSP/AM, CPF 616.535.942-68, residente e domiciliado na Maria Rodrigues dos santos, Nº 996, bairro Asa Branca, Boa Vista-RR

PODERES: Para requerer o seguro DPVAT por VALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Boa Vista – RR, 08 de setembro de 2020.



MAIK GOMES DA SIVA