

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10471504

A/C: EDNEY CONCEICAO SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170074997 ASL-0042361/17
Vitima: EDNEY CONCEICAO SOUZA
Data Acidente: 27/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA GLORIA VIANA ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO P/ _____



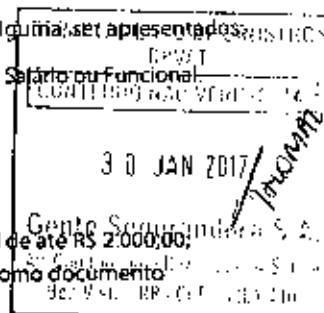
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, nem sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização.

NOME DO BENEFICIÁRIO: EDNEY CONCEIÇÃO SOUZA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 255450 EXPEDIDO POR SSP-M EM 23/04/2017
 CPF 067197932-68 CNPJ 000000000-000000-00, PROFISSÃO AUTÔNOMO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 9500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNEY CONCEIÇÃO SOUZA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro-empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 20842 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 33309-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Boa Vista, RR, de 27 de Janeiro de 2017. Edney Conceição Souza
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS CPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
30 JAN 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Berrini, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, EDNEY CONCEIÇÃO SOUZA portador da carteira de identidade nº 255.4507 e inscrito no CPF/MF sob o nº SSPR residente e domiciliado na RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 1233 Cidade BOA VISTA, Estado RORAIMA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edney Conceição Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 JAN 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capote de Azevedo, 184 Sala 4 Belo Horizonte - RR - CEP 68071-410

Boa Vista RR 27 de janeiro 2017

Local e data



CNPJ: 03.010.651/0001-13
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.035.114-4
RUA MS. VILA JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP. 23.305-410



ATENÇÃO
CAER
0800 280 9520
www.caer.com.br



Matrícula: 1086367

Dezembro/2016

Cliente:

EDNEY CONCEIÇÃO BOMBA

Endereço do Imóvel:

RUA JOSE DIAS CARNEIRO, NÚM 81233 - I -
ALVORADA BOA VISTA BR 69317-232

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias
001.019.398.0246.001	15	2095	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201611 10-0
201610 10-0
201609 10-0
201608 10-0
201607 10-0
201606 10-0
MEDIA 10

QUANTIDADE DE AGUA VISTA/DE AGUAS VISTAS	INFORMAÇÕES DAS ÁREAS DE RESERVAÇÃO DE AGUA
	DECRETO FEDERAL Nº 8448 - 2000
APOSTRAB	CLORO
ENXOFRE	FLUORÍDEO
RESIDUAL	COB
CONFORME	C.TOTAL
	E.DOL

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

18,50

11/01/2017 TOTAL A PAGAR 18,50

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONSUMO NÃO VERIFICADO

30 JAN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Espírito Santo, 300 - Sala 1

900 VILA - RR - CEP 23021-410

INSCRIÇÃO Nº: 21/12/2016 07:06:43

Via do Cliente

ANEXO II



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 MARIA DA GLÓRIA VIANA ARAÚJO, portador(a) do

RG nº 64509, expedido por SSP-RR, em

01/04/16, CPF/CNPJ nº 439.767.802-06

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) EDNEY CONCEIÇÃO SOUZA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima EDNEY CONCEIÇÃO SOUZA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: R. G

Maria da Glória Viana Araújo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
SINISTRO NÃO VERIFICADO
30 JAN 2017
Comte Seguradora S.A. Av. Capão da Boa Vista, 484 Sala 2 Jardim Vista - RR - CEP 69.001-410

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV. BRIGADEIRO LUÍS CARLOS GOMES, 3305 - AEROPORTO



500478537		27/09/2015 15:46:21		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		49	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
EDNEY CONCEICAO SOUZA		21/12/1984		30 A 9 M 6 D		898000749743834		86718793268	
Tipo Doc		Documento		Orgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDAD		255450		SSPRR				M	
Mãe		Pai		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
				SOLTEIRO(A)		PARDA			
Francisco		Mãe		Pai		Contato		(95) 9154-5420	
Endereço		RUA - JORGE DIAS CARNEIRO - 1236 - ALVORADA - BDA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo de Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Sintoma		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por		Pressão	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL				ELIANE			
Queixa Principal				() Síndrome Febril		() Sintomático Respiratório		() Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL	
						AO: 234 RW: 12346 MVW: 123450			

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

Paciente com queixa de dor no membro superior direito, início insidioso, progressivo, piorando à noite e ao fazer esforços físicos. Sem trauma recente.

Exame Físico


M.d. p.e.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONCLUSÃO NÃO VERIFICADO
30 JAN 2017
Gente Seguradora S.A.
R. Espírito Santo, 100 - 4º Andar -
Bela Vista - RJ - CEP 20080-900

<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> FCC <input type="checkbox"/> OUTROS:		PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
		<p>Exame físico - normal</p> <p>Exame laboratorial - normal</p> <p>Exame de imagem - normal</p>		
Conduta <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revolta <input type="checkbox"/> Transferência para:		<p>Exame físico - normal</p> <p>Exame laboratorial - normal</p> <p>Exame de imagem - normal</p>	<p>Dr. Jonathan C. Leite</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM 123456789</p> <p>Assinatura: [Assinatura]</p> <p>Data e Hora da Saída/Alta: 10/05/2015</p>	<p>105</p> <p>Assinatura: [Assinatura]</p>
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Análise Patológica				

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
<p>Impresso por: eliano</p> <p>Data Hora: 27/09/2015 15:47:46</p>	




Cartão de Identificação nº 11

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CO-ITENSÃO NAO VELOCIDADE
3 0 JAN 2017
Gente Seguradora S.A.
R. C. Gomes de Almeida 333 - Sala 1
Boa Vista - RR - CEP 68001-410

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ


Fotografia Diferente


ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 64502

NOME
MÁRIA DA GLÓRIA VIANA ARAÚJO

DATA DE
EXPIRAÇÃO 01/04/2016

ENDEREÇO
SEBASTIÃO OLIVEIRA ARAÚJO
RAIMUNDA FIGUEIREDO VIANA

NACIONALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
30/12/1967

IDENTIFICADORA
CERTO NASC 011608 FLS 525 LIV 011
1 OF BOA VISTA-RR

199.767.802-06
3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Diretor de ROR

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011266036290
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COB. RENAVAM 00246655 UN. I.R.O. 2613 EXERCÍCIO 2013

NOME EDNEY CONCEIÇÃO JUNIOR

PLACA ANT. 200A 4131A

CPF / CNPJ 067.193.232-68

PLACA ANT. 067.193.232-68

ESPECIE TIPO PAS/UTILIDADE PLAC. ADIC. 0450 LINA

MARCA / MODELO HONDA CB 300F

CAP. / POT. / CL. 28/291007 CATEGORIA PARTICU COR. PREDOMINANTE AMARELA

DATA ÚNICA 1 VENC. COTA ÚNICA 1º *****

PARCELAMENTO / COTAS 2º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 11/01/2013

OBSERVAÇÕES AL. FIO. ADM. DE CONS. NACIONAL HONDA LTD

PROF. SAIRIDA SAIZ COID

DETRAN-RR

SEGURO OBRIGATORIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL POR ACIDENTE DE TRAFEGO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA-A-T
TRANSPORTADAS OU NA O SEGURO DPVAT

RR Nº 011266036290 BILHETE DE SEGURO



EST. PARA MAIS INFORMACOES AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSeguro.detransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2013 DATA 11/01

CPF / CNPJ 067.193.232-68

RENAVAM 00246655 MARCA / MODELO HONDA CB 300F

ANO FAB. 2009

PLACA ANT. 067.193.232-68

PREMIO TARIFARIO

INS (R\$) R\$129.04

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

DATA ÚNICA 11/01

SEGURADORA LIDER - DPV

CNPJ 09.246.006/0001-04

www.Seguradoralider.com.br



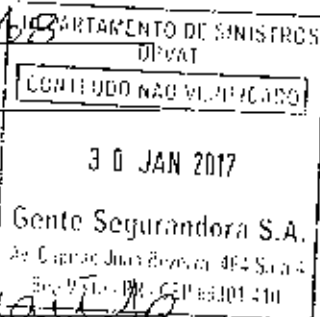
PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: Edney Conceição Souza
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
 Profissão: _____

Identidade: 255.450 CPF: 667.197.932-68
 Endereço: Jorge Dias Carneiro N. 1233 Alameda



OUTORGADO:

Nome: Mãe da Glória Viana Araújo
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
 Profissão: Autônoma

Identidade: 64.502 CPF: 199.767.802-06
 Endereço: Rua Lady Laura 90 Pucumã

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador (a) e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante CENTAURO SEGURADORA S/A ou qualquer SEGURADORA que faça parte do Consórcio DPVAT, ao HOSPITAL GERAL DE RORAIMA (HGR/SAME) PARA SOLICITAR E RECEBER MEU PRONTUÁRIO MÉDICO HOSPITALAR, SOLICITAR E RECEBER GUIA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO SAMU E RESGATE, A DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (DAT), PARA SOLICITAR E PEGAR SEGUNDA VIA DE BOLETIM DE Ocorrência, XEROX LAUDO DO IML, RETIRAR GUIA DE CORPO DELITO, POLÍCIA MILITAR E POLÍCIA RODOVIÁRIA, PARA REQUERER E RECEBER RELATÓRIO DE Ocorrência POLICIAL - ROP a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Aus. IML, Dec. Residência, podendo para tanto requerer o que necessário for junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da



Edney Conceição Souza

Edney Conceição Souza

Assinatura do Outorgante (Reconhecido firma por autenticação)

Boa Vista/RR,

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 Reconheço, por verdadeiras,
 Boa Vista - RR, 15/01/2016
☒ Daniel Aquino - Oficial
☐ Lúcio Pass - Substituto
 Ely: Carvalho - Auditor