



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 inicio 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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO P^I

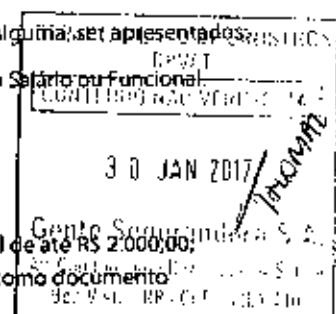
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, nem sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização.

L. EDNEY CONCEICAO SOUZA
 PORTADOR(A) DO RG N° 255 450 EXPEDIDO POR SSP-M EM 23/04/2017
 CPF 062 093 792-68 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AUTONOMO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 3.600,90 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNEY CONCEICAO. AUTORIZA 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 aparecem 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 Lotéricas 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.receitafazenda.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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 208/12 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Bonifácio RR 27 de julho de 2017 à Boa Viagem Saçá
 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.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Cópia da declaração de ausência de laudo

Eu, KONY CONCEICAO SOUZA portador da carteira de identidade nº 255.450 e inscrito no CPF/MF sob o nº SSPA, residente e domiciliado na Rua: JORGE DIAS CARNEIRO, 1233, Cidade BOA VISTA, Estado RODRIGUES, 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
- (X) 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 Lider 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.

Kony Conceicão Souza
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFERIDO NÃO VERIFICADO
30 JAN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Andrade, 664 Subs 4
Belo Horizonte - MG - CEP 31371-410

Boa Vista RR 27 de Januário 2017
Local e data



CNPJ: 03.070.476/0001-13
INSCRIÇÃO FEDERATIVA: 24.035.114-4
RUA 45 - VILA JARDIM, 210 - SÃO PEDRO - CEP: 25.303-410

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

Métrica: 1086367 | Dezenbro/2016

Cliente:
EDNEY CONCEICAO SOUZA

Endereço do Imóvel:

RA. JORGE DIAS CARNEIRO, NUM 81233 - I -
ALVORADA BOA VISTA RR 69317-202

Inscrição Rota Seq.Rota Economias
001.019.398.0246.001 15 2095 RESIDENCIAL

Hidrômetro Data de Instalação Situação Água Situação Esgoto
NÃO MEVIDO LIGADO POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
----------	-------	--------------	-------------

LEITURA FAT.		10	0
--------------	--	----	---

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201612	18-0
201610	18-0
201609	18-0
201608	18-0
201607	18-0
201606	18-0
MÉDIA	18

MÉDIA DE CONSUMO DÍGITALIZADA		MÉDIA DE CONSUMO DÍGITALIZADA				
INFORMAÇÕES DAS PROPOSTAS REALIZADAS NO PAINEL DE DISTRIBUIÇÃO		DECRETO GOVERNADO N.º 8448 - 2000-D				
PROBAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C. FOTOFÍL	C. OXÍD	
ENQUADRE						
PROVISÓRIAS						
CONFORME						

DESCRICAÇÃO

AQUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

10,45 13,50

RESUMO DE CONSUMO TOTAL (R\$) 13,50

Via da Conta

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIVAT
DATA DO NAO VERIFICADO
30 JAN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão José Soárez, 414 S.46 4
Teresópolis - RJ - CEP 23021-100

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 ALAVÚJO, portador(a) do RG nº 64509, expedido por SSP-RR, em 01/04/86, CPF/CNPJ nº 133.767.802-06, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) EDNEY CONCEICAO SOUZA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima EDNEY CONCEICAO SOUZA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: R.G

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
DOCUMENTO AUTORIZADO
30 JAN 2017
Centro Seguradora S.A. Av. Capitão Góis Bezerra, 484 Sala 2 Ita Vista - RR - CEP 69301-410



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO LUIZARCO GOMES, 3306 - AEROPORTO**

AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3305 - VILAOPORTO

1500476537	27/09/2015 15:46:21	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA			49
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CP	Procedimento		
EDNEY CONCEICAO SOUZA		21/12/1984	30 A 9 M 6 D	898000749743834	86718793268	D0041309		
Nome Completo	Documento	Ícone Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDAD 255450	SSPRR			M	SOLTEIRO(A)	PARDA		
Vaga			Pai		Contato			
FRANCISCA MARIA CONCEICAO					(95) 8154-5420			
Endereço								
RUA - JORGE DIAS CARNEIRO - 1236 - ALVORADA - BOA VISTA - RR								

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Veículo	Autenticação	Ss/Premat.
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Sector	URGÊNCIA				Pressão
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por	
	SAMU CAPITAL			ELIANE	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	<input checked="" type="checkbox"/> GSC TOTAL				

Anamnese - HORA DA CONSULTA - : 11

Exame Físico DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
BOLETIM

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

SADT - Exames Complementares DETALHES - RR - CEP (15301-410)

<input type="checkbox"/> RAIOS-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> IC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------------------

Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<input type="checkbox"/> Transferência para:	<i>Dr. Jonathan</i>	<input type="checkbox"/> Atencional e Transversal	<input type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> Internação /	<input type="checkbox"/> Data da hora da Saída/Alta:
----------------	---	--	---	--	---------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------	--

Óbito
Antes do 1º Alertamento? Sim Não Destinat: Família IMI. Anatomia Patológica

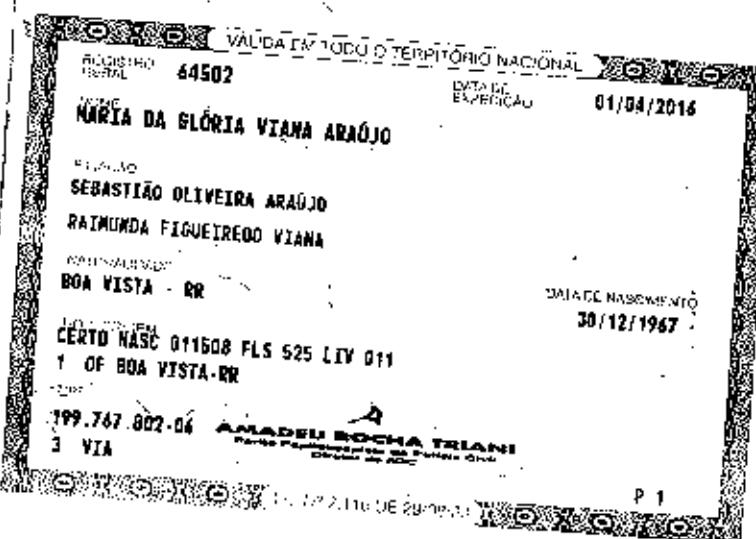
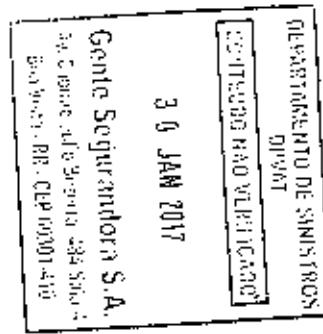
Assinatura do Paciente ou Responsável _____ **Carimbo e Assinatura do Médico** _____

Impresso por: eliane
Data/Hora: 27/09/2015 15:47:46



0012

PARTE DA IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR		Nº U 1 ECONOMIA	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA 01	COB. BÉNARVO 00247-645	B.N.I.R.C.	EXERCÍCIO 2015
NOME EDNEY EDSON SILVA			
BOA VISTA		RB	
CPF/CNPJ 867.119.532-06		PLACA AC-2469	
PLACA ANTOLOGIA		CHASSI 9EHA214R052895	
ESPECIFICO 5/11/2015		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARA / MODELO 300		ANOMEI ANG MACHADO	
CAP / POF / C.R. 029160/		CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE AMARELA
DONA ÚNICA		VENC. DOTA UNICA -XPAG-NB-	VENC. / DOTAS 1º *
FAXALUPA		PARCELAMENTO / DOTAS 2º PAGU DOTA UNICA XX	2º *
EMURBARIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$ 1.189,00	DATA DE PAGAMENTO 11/01/2016
OBSERVAÇÕES AL. FIS: ADM DE COANS NACIONAL HONDA LINDA PROVISÓRIA SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITZ Edson Silveira Gashi Dir. Presidente-Intendente		DATA 11/01/2016	
DETTRAN-RR			

RR Nº 09 F246036290		BILHETE DE SEGURO
 ESTE BILHETE DEVE SER ENTREGUE AO CONDUTOR DO VEÍCULO.		
VALIDADE: 2015		
JURISDIÇÃO: JURISDIÇÃO DA POLÍCIA FEDERAL - RJ		
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradotransito.com.br		
SAC DPVAT 0800 022 1204		
EXERCÍCIO — DATA 2015		
MARCA / MODELO — PLACA HENAVAM 10-19-449551		
ANO FAB. — CÓDIGO CHASSI 2005 RQ2ND431GAKX2955		
PREMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	SENATRAN (R\$)	CUSTÔDIA (R\$)
R\$129,04	3314,34	R\$183,00
CUSTÓDIA BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	TOTAL DE PAGAMENTO (R\$)
R\$4,15	R\$1,11	R\$217,00
COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.246.906/0001-04 www.Seguradotransito.com.br		

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edney Conceição Souza

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Profissão: _____

Identidade: 253.415.0

CPF: 667.197.932-06 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

Endereço: Jorge Dias Corrêa n° 1233 Alvorada

CONTENDO NÃO VULGAR

30 JAN 2017

OUTORGADO:

Nome: Maria do Céu Liana Antunes

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira

Profissão: Autônoma

Identidade: 611.502

CPF: 199.767.802-01

Endereço: Rua Imediata Laima no Princípia

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, POLICIA MILITAR E POLICIA 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 autenticadora)

Boa Vista/RR,

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Reconhecido _____ por verdadeira
Boa Vista - RR 11/15/2015 assinado

- Daniel Aquino - Oficial
 Lucio Paes - Substituto
 Eliezer Carvalho - Auditor