

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**
Nº Sinistro: **3170636673**
Vitima: **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**
Data do Acidente: **03/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170636673**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12062044



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**

Nº Sinistro: **3170636673**

Vitima: **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**

Data do Acidente: **03/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170636673**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12062045



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**

Sinistro: **3170636673**

Vítima: **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**

Data do Acidente: **03/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170636673** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12408199

A/C: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

Nº Sinistro: 3170636673
Vítima: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS
Data do Acidente: 03/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000002221**

Conta: **0000035965-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170636673 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VIRGILIO PEREIRA DA SILVA nº 48 - LIBERDADE - CAMPINA GRANDE/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4042529 - SSP**
Data local do exame: **07/02/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

fratura do maxilar e mandíbula esquerda e trauma crânio encefálico com hematoma extra dural

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Internado para drenagem de hematoma craniano e osteossíntese da fratura de mandíbula esquerda. Vítima chega deambulando, consciente no tempo e no espaço. Apresenta leve desvio labial e assimetria da hemiface esquerda

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Déficit funcional residual de lesões crânio faciais

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

CRANIO FACIAL

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 07/02/2018

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB



Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de Joelho e Ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492

Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

116.105.784-65

Nome completo da vítima

DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS	CPF titular da conta 116.105.784-65	Profissão MOTORISTA
Endereço RUA VIRGÍLIO PEREIRA DA SILVA	Número 50	Complemento CASA
Bairro Liberdade	Cidade CAMPINA GRANDE	CEP 58414-218
E-mail dfarte.cg@gmail.com	Estado PARAIBA	Telefone (DDD) 83.98600-7104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRQ.	OP.	DIV	CONTA NRQ.	DIV
0291	013		35965	21
(Informar dígito se existir)			(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRQ.
AGÊNCIA NRQ.	DIV
CONTA NRQ.	DIV
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Campina Grande de Outubro de 2014
Local e Data

Diego Santos Gomes de Farias
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Eu, Diego Santos Gomes de Farias, portador da carteira de identidade nº 4.042.529 e inscrito no CPF/MF sob o nº 116.128.784-65, residente e domiciliado na Rua Virgílio Pereira da Silva, 40-Independência Cidade Campina Grande, Estado Paraíba, 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.

Diego Santos Gomes de Farias

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campina Grande, PB.

Local e data

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Diego Santos Gomes de Faria

CPF da Vítima

116.705.784-65

Data do Acidente

03/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Campina Grande, 16 de Janeiro de 2018

Local e Data

Diego Santos Gomes de Faria

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovação de ato declaratório



**ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**, de 24 anos, vítima de Capotamento no Sítio Picadas de Umbuzeiro próximo a ponte do Rio Paraíba, ocorrência de **ID 1572955**, onde foi socorrido pela equipe da Unidade Básica 48 do SAMU 192 de Aroeiras/PB, no dia 03 de Julho de 2017 às 00:02 e que de acordo com a Regulação Médica foi encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

Atenciosamente,


ALEXANDRE JOSÉ GOMES MEDEIROS
Enfermeiro e Coordenador do SAMU 192 de Aroeiras/PB

Aroeiras 02 de Outubro de 2017

Rua: José Pedro de Melo S/N – Centro – CEP 58.489-000, Aroeiras/PB

Telefone: OXX83 3396-1593

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
16-104-2017 16:15 342553 1/1



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diego Santos Gomes de FariaRG nº 4.042.529, data de expedição 12/04/2012 Órgão SS D5/RS

CPF nº 116.705.787-65 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Virgílio Pereira da Silva</u>
Número	<u>48</u>
Apto / Complemento	<u>4020</u>
Bairro	<u>Liberdade</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58414-278</u>
Telefone de Contato	<u>98600-7104</u>
E-mail	<u>mjantop@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina GrandeAssinatura do Declarante: Diego Santos Gomes de Faria



EXPERIMENTAL PROCEDURE

© 2000 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This book is printed on acid-free paper.

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF/CNPJ/RAN:
Set/2017	11/09/2017	09/10/2017	28146913415

UC (Unidade Consumidora): 4/44541-1

Canal de crédito

Até acessar www.unicri.org.br, você não sabe tudo o que a UNICRI tem a oferecer em termos de competência e capacidade. São vários serviços disponíveis, como segurança viária, educação, treinamento em inteligência, pesquisa, consultoria, etc. Entre outros.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letura	Data	Letura						
15/05/17	7308	14/06/17	7512	1		208		22	
Demonstrativo									
CDH - Descrição	Quantidade (Unidade)	Valor Base (Câ)	Alc. Km (Câ)	Pa (Câ)	Pa (R)	Pa (Câ)	Pa (R)	Pa (Câ)	Pa (R)
	Unidade (Câ)	Unidade (R)	Unidade (Câ)	Unidade (R)	Unidade (Câ)	Unidade (R)	Unidade (Câ)	Unidade (R)	Unidade (Câ)
0001 Consumido em kWh	200,000	0,92400	180,41	190,41	27	31,23	100,44	1,03	4,88
0002 Adic. El. Verificação		8,00	8,00	27	1,87	8,00	0,04	0,22	
0003 Adic. B. Armazenamento		2,10	2,10	27	0,56	2,13	0,02	0,08	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007 CONTRIBUIÇÃO P/ELICIA		71,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008 JUROS DE MORATORIA		9,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009 MULTA 06/2017		2,80	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 CONTRIBUIÇÃO MONETÁRIA 03/2017		0,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CBE Computer Classics: Southern	YOFAL	169.01	139.54	37.29	138.51	1.12	5.10
---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Media últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
18/09/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 159,01

Histórico de Consumo (kWh)

1982	Jan						70	160	219	385	219	176	177
1983	Jan						14-12	Jan 13	Jan 17	Oct 18	Nov 10	Cont'd	Sell

RESERVADO AO FISCO
4133.d069.07b6.41u7.7c2a.4806.436e.353a

Indicadores de Qualidade

[illegible]

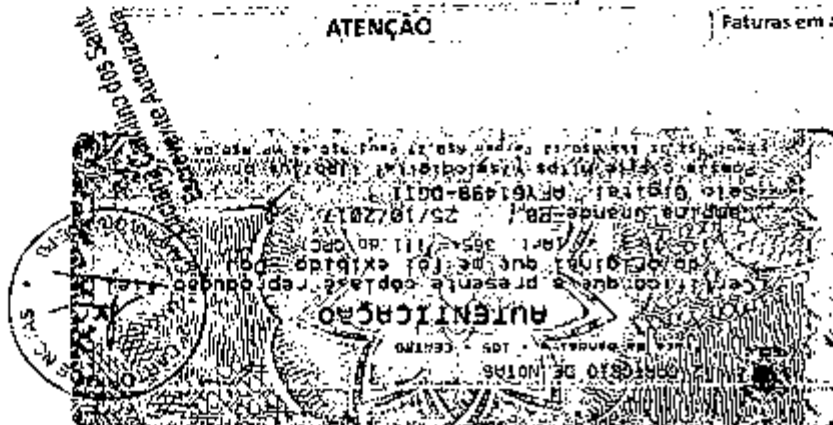
Compartilhe de 1 a 5

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia	309,83	29,62
Geração de Energia	47,27	29,73
Serviços de Transmissão	1,81	1,16
Encargos Especiais	13,11	9,24
Impostos Diretos e Encargos Quaisqueres	84,10	43,27
Total	100,00	100,00

2017年12月15日

ATENÇÃO

Faturas em atraso



SEABOARD LIDER DRYHT 06 16-NOV-2017 16:15 343554 1/

☐ COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF

Documentos de Identificação

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 116.105.784-65

Nome: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

Data Nascimento: 15/09/1993

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: 15/03/2012

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 07:50:03 do dia 02/12/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 43AF.64BF.F7C5.0DFE



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465755/17
Vítima: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS
CPF: 116.105.784-65

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/07/2017
Titular do CPF: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS : 116.105.784-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/11/2017
Nome: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS
CPF/CNPJ: 116.105.784-65

DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2017
Nome: FLAVIA OLIVEIRA DE ARAUJO
CPF: 103.382.267-10

FLAVIA OLIVEIRA DE ARAUJO

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

VÍTIMA: DIEGO SANTOS (MORTES DE FARIAS)

DATA DO ACIDENTE: 03/04/17 POSSUI CPF: ☒ SIM () NÃO Nº CPF: 116.105.784-65

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim ☒ NÃO
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () NÃO

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Quem é o portador? Avulso () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador
 E-mail: lypatecgo@gmail.com Tel: 9880-1104
 Data: 10/11/2017 Assinatura: Diego Santos Gomes de Farias

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AGF BAIRRO PRATA
 Atendente: Fernanda Bianchi Matrícula: 0659160465
 Data: 10/11/2017 Assinatura: [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465755/17

Vítima: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

CPF: 116.105.784-65

Data do Acidente: 03/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2018

Nome: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

CPF: 116.105.784-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2018

Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

CPF: 083.495.187-82

DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO



Seguradora

LIDER

Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT - Como Requerer

Solicitar a Indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma Seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização, ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba mais: www.seguradoralider.com.br

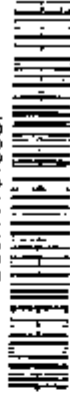


Seguradora

LIDER

Administradora do Seguro DPVAT

DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS
R VIRGILIO PEREIRA DA SILVA, 40
LIBERDADE
CEP 56414-218 - CAMPINA GRANDE - PB



JS9318444438R

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170636673 **Cidade:** Campo Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRANIANO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou (quantificou) possíveis sequelas através dos documentos anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170636673 **Cidade:** Campo Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura do maxilar e mandíbula esquerda e trauma crânio encefálico com hematoma extra dural.

Descrição do exame médico pericial: Déficit funcional residual de lesões crânio faciais.

Resultados terapêuticos: Internado para drenagem de hematoma craniano e osteossíntese da fratura de mandíbula esquerda. Vítima chega deambulando, consciente no tempo e no espaço. Apresenta leve desvio labial e assimetria da hemiface esquerda.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

