

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180343797

Vitima: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA

Data do Acidente: 30/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343797**.

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](http://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 13154059



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA  
Nº Sinistro: 3180343797  
Vitima: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA  
Data do Acidente: 30/06/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180343797**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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 13173575



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA  
Nº Sinistro: 3180343797  
Vitima: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA  
Data do Acidente: 30/06/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180343797**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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**

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180343797

Vítima: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA

Data do Acidente: 30/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180343797**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 052082564-01 Nome completo da vítima: Francisco Caninde D. de Sousa

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	<u>Francisco Caninde Dantas de Sousa</u>		CPF titular da conta	<u>052082564-01</u>	Profissão	<u>Recuso</u>
Endereço	<u>R. Pedro Canom</u>		Número	<u>20</u>	Complemento	
Bairro	<u>São Francisco</u>	Cidade	<u>Altos do Rodrigues</u>	Estado	<u>RN</u>	CEP
Email	<u>MHSSEGURADORAS@HOTMAIL.COM</u>		Telefone (DDD)	<u>(84) 99804-9535</u>		

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) ☐ ITAÚ (341)  
☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome Caixa NRO. 104  
AGÊNCIA NRO. 4912 D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. 22231 D/V 0  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

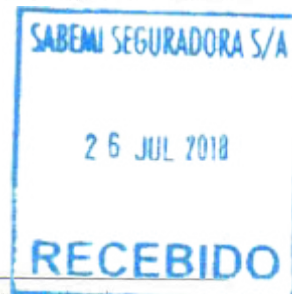
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Altos do Rodrigues, 19 de Julho de 2018  
Local e Data

Francisco Caninde Dantas de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR – DPCIN  
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – MACAU/RN

### DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PENDÊNCIAS/RN

Boletim de Ocorrência nº 455/2018

Natureza da Ocorrência: Acidente de trânsito

Local do Fato: Alto do Rodrigues-RN

Data e Hora do Fato: 30/06/2018

Comunicante: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUSA

Naturalidade: ASSU – RN

Data de Nascimento: 30/01/1983

Doc.: RG 2267887 RN

Filiação: SEBASTIÃO SARAIVA DE SOUSA E MARIA DA CONCEIÇÃO DANTAS DE SOUSA

Endereço: Rua PEDRO CANÃ, Nº20, BAIRRO SÃO FRANCISCO, ALTO DO RODRIGUES- RN

Fone: 084- 9 9846-0595 OU 084 9 9841-7151

Vítima: x-x-x-x

Naturalidade: -x-x-x-x

Data de Nascimento: x-x-x-x

Doc.: x-x-x-x

Filiação: x-x-x-x-x

Endereço: -x-x-x-x-x-

Acusado: x-x-x-x-x

Naturalidade: -x-x-x-

Data de Nascimento: -x-x-x-

Doc.: -x-x-x-

Filiação: -x-x-x-

Endereço: x-x-x-x-x;

Histórico: "Registra o comunicante que na data acima mencionada, por volta das 18:00hs, estava vindo do Distrito de São José em Alto do Rodrigues com destino a Cidade de Alto do Rodrigues-RN; Que, nas imediações da Oficina de Alisson Motores, na RN 118, o comunicante registra ter visto apenas o momento em que um um automóvel o ultrapassou na subida da via; Que, no momento da ultrapassagem, na mão contrária, vinham outros veículos, e para não colidir com nenhum deles, o condutor do carro prata atravessou na frente do comunicante sem dar sinal; Que, quando já estava na frente do comunicante, o condutor do carro prata freou abruptamente para evitar colidir, também, em uma carroça que estava logo a frente, levando o comunicante a colidir em seu automóvel; Que, por ocasião do acidente, o comunicante entrou pelo vidro do carro do condutor do carro prata o qual, saiu arrastando o comunicante pela RN; Que, o Condutor do veículo não prestou socorro ao comunicante; Que, o comunicante foi socorrido por populares e levado ao hospital da cidade de Alto do Rodrigues-RN e depois encaminhado ao Tarcísio Maia em Mossoró-RN; Que, o comunicante estava pilotando uma moto YAMAHA/YBR 125 k, Placa MXU2959, chassi: 9C6KE044030003781, RENAVAL 00791711773, ANO 2002/2003 em nome de seu pai SEBASTIÃO SARAIVA DE SOUSA; Que, por ocasião do acidente sofreu lesões no braço esquerdo e escoriações pelo corpo. Nada mais disse.

Importante ressaltar que as informações prestadas, são de inteira responsabilidade do(a) Comunicante, podendo o mesmo incidir em crime, caso os fatos narrados não estejam de acordo com a realidade.

Testemunhas: -x-x-x-

Providências adotadas: Registrado o presente boletim, entregue uma via a Comunicante e encaminhada à outra via para conhecimento da Autoridade Policial.

Data de hora do Registro: 04/07/2018, às 11:45 horas

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUL 2018

RECEBIDO

ASSINATURA DO COMUNICANTE OU INTERESSADO

APC Marones Manoel Mat. 194.390-1



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 interdita 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

Francisco Caminde Dantas de Sousa

CPF da Vítima

052.082.564-01

Data do Acidente

30/06/2018

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Francisco Caminde Dantas de Sousa

CPF do Representante legal

052.082.564-01

Email

MH5SEGUR05DPVAT@HOTMAIL.COM

Telefone (DDD)

(84) 99804-9535

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.

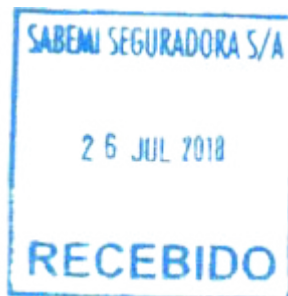
Alto do Rodrigues, 19 de julho de 2018

Local e Data

Francisco Caminde Dantas de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOZ, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
Ligações Gratuitas:  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria 0800 084 0404  
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte  
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

DEUSIMAR FLAURINDA DA SILVA  
CPF: 033.761.994-85 NIS: 20914395631

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO CANAN 20  
SAO FRANCISCO/RODOVIA RN 118  
59507-000 ALTO DO RODRIGUES RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

## DATA DE VENCIMENTO

19/07/2018

## TOTAL A PAGAR (R\$)

89,70

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/07/2018

## DATA DA APRESENTAÇÃO

12/07/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
009371785

Série: U

## CONTA CONTRATO

000854242890

Nº DO CLIENTE  
3000819130

Nº DA INSTALAÇÃO  
0000043153

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

D634.8C30.A2C2.CDC9.02F4.7D80.A190.1D12

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,21386983	6,41
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,36663400	25,66
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,54995100	31,34
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,85
Contribuição Iluminação Pública			7,96
ICMS-Parcela Subvencionada			7,10
Multa por atraso-NF 006387277 - 14/05/18			2,10
Juros por atraso-NF 006387277 - 14/05/18			0,97
Atualização IGPM-NF 006387277 - 14/05/18			1,31
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>89,70</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
70,26	18,00	12,64	70,26	1,15	0,80	70,26	5,33	3,74

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,16151450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,27688200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,41532300

## HISTÓRICO DO CONSUMO

					kWh
JUL	18				157
JUN	18				173
MAI	18				223
ABR	18				215
MAR	18				185
FEV	18				155
JAN	18				131
DEZ	17				154
NOV	17				141
OUT	17				151
SET	17				142
AGO	17				177
JUL	17				148

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,61	37,86
Transmissão	3,42	4,87
Distribuição (Cosern)	16,22	23,09
Encargos Setoriais	2,47	3,52
Tributos	17,18	24,45
<b>TOTAL</b>	<b>70,26</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000060335885	CAT	13/06/2018	16.873,00	12/07/2018	17.031,00	30	1,158	0,00	57,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/08/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		mai/2018			
DIC-No.de horas sem Energia	PENDENCIA	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,59					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios amaraji: rua sao joao, centro, blm a da rua m n, rua angelo varela, 415b, centroLista completa em www.cosern.com.br."  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 40,06.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000854242890	07/2018	89,70	19/07/2018	

838100000000 897000384007 854242890202 010449254132



Evite dobrar e não rasgar este canhoto.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.



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 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES inscrito (a) no CPF 082.893.884 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.082.564 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.082.564 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

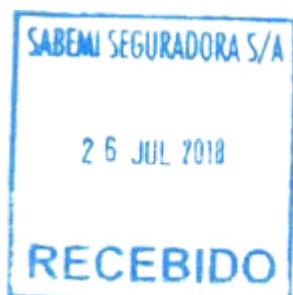
HABILITAÇÃO E COMPROVANTE DE ENDEREÇO

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

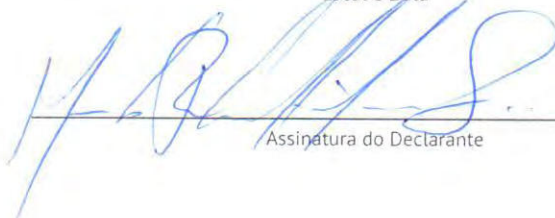
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
AVENIDA JOÃO DA ESCOSSIA		6300	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
NOVA BETÂNIA	MOSSORÓ	RN	59.607-330
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
mhsegurosdpvat@hotmail.com		84 9 8777-5381	84 9 9804-9535



MOSSORÓ/RN, 23 de JULHO de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sebastião Saraiva de Sousa,  
RG nº 593.030, data de expedição 19/03/2015  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 376.330.074-00, com  
domicílio na cidade de Alto do Rodrigues, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Gafé nº 39, nº 39,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Francisco Canindé D. de Sousa cujo o condutor era  
Francisco Canindé Dantas de Sousa

Veículo: Motocicleta  
Modelo: YAMAHA 14 BR 125R  
Ano: 2002  
Placa: MXU 2959  
Chassi: 9CGKE04230003781  
Data do Acidente: 30.06.2018  
Local e Data: Alto do Rodrigues - RN 05/07/18

CIÚNICO

Sebastião Saraiva de Sousa  
Assinatura do Declarante



Francisco Canindé Dantas de Sousa

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CIÚNICO



Sebastião Saraiva de Sousa  
condutor  
05/07/2018



ANOREG/RN - CPF 012.501.084-2  
ALBERTO AUGUSTO COSTA - LSC  
AUTORIZADO

Francisco Canindé Dantas de Sousa  
condutor  
05/07/2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

BRASIL

INTERMONT LTDA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

882227904

NOME FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / Org. EMISSOR UF  
2267987 SSP RN

CNPJ 052.082.564-01 DATA NASCIMENTO 03/01/1983

FILIAÇÃO  
SEBASTIAO SARAIVA DE SOUSA  
MARIA DA CONCEICAO DANTAS DE SOUSA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO 04759468417 VALIDADE 06/12/2018 1ª HABILITAÇÃO 18/09/2009

OBSERVAÇÕES

FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUSA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL ASSU, RN DATA EMISSÃO 13/12/2013

88595661883  
RN701872917

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUL 2018

RECEBIDO

PARA USO DO PLASTIFICAR

882227904



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273045/18

**Número do Sinistro:** 3180343797

**Vítima:** FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA

**CPF:** 052.082.564-01

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO CANINDE  
DANTAS DE SOUZA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/10/2018  
Nome: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES  
CPF: 082.893.884-97

MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2018  
Nome: VANESA SANTOS DE LIMA  
CPF: 077.468.714-29

VANESA SANTOS DE LIMA