

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** 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, 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



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, 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. da Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francisco Caninde Dantas de Souza	CPF titular da conta	052082564-01	Profissão	Recuso
Endereço	R. Pedro Roman	Número	20	Complemento	
Bairro	São Francisco	Cidade	Altos do Rodrigues	Estado	RN
Email	MFSEGUROSDPVAT@HOTMAIL.COM	CEP	59307000	Telefone (DDD)	(84) 99804-9535

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
(Informar dígito se existir)	D/V	(Informar dígito se existir)	D/V

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.	D/V
Caixa	504	
AGÊNCIA NRO.	CONTAS NRO.	D/V
4912	22231	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, 10 de julho de 2018

Local e Data



Francisco Caninde Dantas de Souza

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 – DEGEPOL
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 automóvel o ultrapassou na subida da via; Que, no momento da ultrapassagem, na mão contraria, 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, RENAVAN 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.

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUL 2018

RECEBIDO

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

Francisco Caninde Dantas de Sousa

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 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

Francisco Canindé 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 Canindé Dantas de Sousa

CPF do Representante legal

052.082.564-01

Email

MISSEGUROS.DPVAT@GMAIL.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



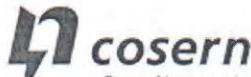
Francisco Canindé Dantas de Sousa

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



Grupo Neoenergia

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Grátias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Grátias de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Grátias de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

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

ENDERECO 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

DESCRÍÇÃO	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
TOTAL DA FATURA			89,70

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\$	%
26,61	37,86
3,42	4,87
16,22	23,09
2,47	3,52
17,18	24,45
70,26	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
maio/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.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/08/2018

RECEBIDO

NÚMERO DO MEDIADOR TIPO DA FUNÇÃO ANTERIOR ATUAL N° DIAS CONSTANTE AJUSTE CONSUMO kWh
00000000060335885 CAT 13/06/2018 16.873,00 12/07/2018 17.030,00 16,00 0,00 157,00
SABEM-SEGURADORA S/A 26 JUL 2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios amaraji: rua são joão, centro/ milná avenida: rua angelo varella, 415b, centro/Lista 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 da 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 N° 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)
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 o seu cartão de crédito.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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.

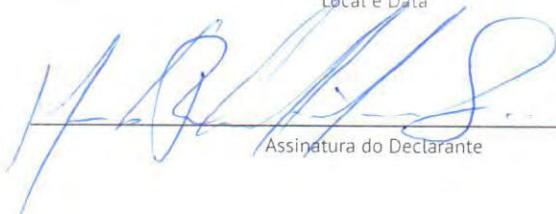
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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 Sáriiva de Souza,
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 Altôo do Rodrigues, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Gaze 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 Souza cujo o condutor era
Francisco Canindé Dantas de Souza

Veículo: Motoeclíptica
Modelo: YAMAHA YBR 125K
Ano: 2002
Placa: MXU2959
Chassi: 9C6KE04430003781
Data do Acidente: 30.06.2018
Local e Data: Altôo do Rodrigues - RN 05/07/18

CIÚMICO
Sebastião Sáriiva de Souza
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUL 2018

RECEBIDO

CIÚMICO
Francisco Canindé Dantas de Souza
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Sebastião
Sáriiva de
Souza
05/07/2018



Francisco Canindé
Dantas de Souza
05/07/2018

Francisco Canindé
Dantas de Souza
05/07/2018

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

NOME
FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2267887 **SSP** **RN**

CF **052.082.564-01** **DATA NASCIMENTO**
03/01/1983

FILIAÇÃO
SEBASTIÃO SARAIVA DE
SOUSA
MARIA DA CONCEIÇÃO
DANTAS DE SOUSA

PERMISSÃO **ACC** **CAT.HAB.**
AB

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

OBSERVAÇÕES

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUL 2018

LOCAL **ASSU, RN** **DATA EMISSÃO** **13/12/2013**

ASSINATURA DO PORTADOR


ASSINATURA DO DIRETOR


ASSINATURA DO DIRETOR


88585661883
RN701872917

RECEBIDO
PRIMO PLASTIFICAR
882227904

DETTRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO CANINDE DANTAS DE SOUZA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

VANESA SANTOS DE LIMA