

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347141/18

Vítima: INACIA LUZIA SALES CUNHA

CPF: 846.757.487-91

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 07/09/2015

Titular do CPF: INACIA LUZIA SALES
CUNHA

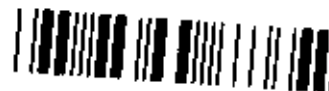
CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



INACIA LUZIA SALES CUNHA : 846.757.487-91

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.

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: 20/09/2018
Nome: INACIA LUZIA SALES CUNHA
CPF: 846.757.487-91

INACIA LUZIA SALES CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

DESTINATARIO
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
S.A

Rua Senador Dantas, nº 74, 5, 6, 9, 14 e 15 andares, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20031-205

REGISTRADO URGENTE	
☒ AR	☐ MP
PESO (kg) 83	
CÓDIGO 70150602 5 RR	



REMETENTE

INACIA LUZIA SALES CUNHA

DISTRITO DE OITZEIRO SN ZONA RURAL DE RERIUTABA-CE

CEP: 62260-000

(ETIQUETA OU CASSINO Nº)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347141/18

Número do Sinistro: 3180440623

Vítima: INACIA LUZIA SALES CUNHA

CPF: 846.757.487-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/09/2015

Titular do CPF: INACIA LUZIA SALES
CUNHA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

DUT

Outros

Outros



INACIA LUZIA SALES CUNHA : 846.757.487-91

Autorização de pagamento

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 cancela 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

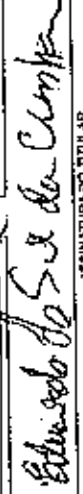
Data da entrega: 25/02/2019
Nome: INACIA LUZIA SALES CUNHA
CPF: 846.757.487-91

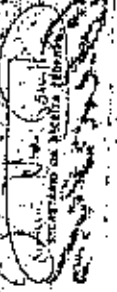
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/02/2019
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

INACIA LUZIA SALES CUNHA

Karen Souza da Motta Rocha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA	
	
Polegar Direito 	ASSINATURA DO TITULAR 
C O N C E I T O C A R T E I R A D E I D E N T I D A D E	

C O N C E I T O	
MATRÍCULA 1112260	INSCRIÇÃO NO CNP 84.835.811-5
CONTRASSINATURA 	
TITULAR EDUARDO JOSE DA CUNHA	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2007504075 - 6	DATA DE Emissão	11/04/2010
NOME	EDUARDO JOSÉ DA CUNHA		
FILIAÇÃO	JOSÉ LUIZ DA CUNHA		
RAIÃO	RAIÃO RUA RUA DE ABEU		
LOCALIDADE	RERUTABA - CE		
DATA DE NASCIMENTO	17/12/1960		
DOC. ORIGIN	CER. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1318 FOLHA: 272		
LIVRO: 805	RERUTABA - CE		
CPF	RG: ANT: 160307608		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/06/63			

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE
DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE:

Eduardo José da Cunha

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

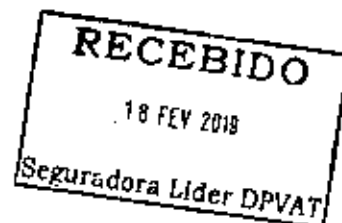
Aos Cuidados de: **INACIA LUZIA SALES CUNHA**
Nº Sinistro: **3180440623**
Vítima: **INACIA LUZIA SALES CUNHA**
Data do Acidente: **07/09/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180440623**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página



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 de 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

030 - carta_03 - INVALIDEZ

Carta nº 1343713

1/1

REMETENTE

INACIA LUZIA SALES CUNHA
DISTRITO DE OITIZEIRO SN
- Telefone: 6899411866
ZONA RURAL
62260-000 Rerutaba-CE

 AVISO DE RECEBIMENTO		AR		DATA DE POSTAGEM
DESTINATÁRIO SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT RUA DA ASSEMBLEIA 100 ANDAR 28 CENTRO 20011-804 - RIO DE JANEIRO - CE				UNIDADE DE POSTAGEM
JR 43034021 6 BR				CARIMBO UNIDADE DE ENTREGA 
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR INACIA LUZIA SALES CUNHA DISTRITO DE OITIZEIRO SN ZONA RURAL 62260000 - RERIUTABA - CE				
TENTATIVAS DE ENTREGA		OBSERVAÇÃO		
1ª _____ : _____ h 2ª _____ : _____ h 3ª _____ : _____ h		REFERENTE AO SINISTRO 318M40523 INACIA LUZIA SALES CUNHA		
		MOTIVO DE DEVOLUÇÃO ☐ Mudou-se ☐ Endereço Insuficiente ☐ Não existe o número ☐ Desconhecido ☐ Outros		RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO  R. Júnior 8.956.534-7
ASSINATURA DO RECEBEDOR		DATA DE ENTREGA		
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR		Nº DOC. DE IDENTIDADE		

REGISTRADO URGENTE
REGISTERED PRIORITY

Conteúdo

AR ☒ MP ☐

PESO / WEIGHT (kg)

TR 43034021 6 RR

SINISTRO N° 3180440623

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT
RUA DA ASSEMBLEIA 100
ANDAR 28 - Telefone: 2136814600
CENTRO
20011-904 RIO DE JANEIRO-RJ

<http://www2.correios.com.br/enderecador/cartas/acogerarAR.cfm>



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO NILTON BARBOSA DE SOUSA

Polgar Direito

Imácia Luzia Sales Cunha

CARTHEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2007504149-3

DATA DE EMISSÃO 12/04/2010

NOME IMÁCIA LUZIA SALES CUNHA

FILIAÇÃO PEDRO RODRIGUES SALES

NATURALIDADE LUZIA MARIA DE AZEVEDO

SÃO BENEDITO - CE

BOC. OFICIAL

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1318 FOLHA: 272

LIVRO: B05 REGISTRO: CE

RG: ANT: 163992288

DATA DE NASCIMENTO 28/08/1956

ASSINATURA DO DIRETOR

LE: Nº 7.116 DE 29/08/93

P: 25



**Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil**

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 846.757.487-91

Nome: INACIA LUZIA SALES CUNHA

Data de Nascimento: 28/08/1956

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Digito Verificador: 00

**Comprovante emitido às: 07:48:06 do dia 21/08/2018 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: D88C.04D0.5D56.BB34**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

Esta é a segunda via de

AGO/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1603430 DV **9**

VENCIMENTO
01/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
101,39

DADOS DO CLIENTE

Rota 37 039071 01 030100
Nome INACIA LUZIA SALES CUNHA
Endereço Postal

Medidor
3116465

Poste
0000 0000

End. da Unidade Consumidora 000000 RERUTABA 62260000

RG / CPF / CNPJ 846.757.487-91 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 15713 15575 1 138 0 138

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 24/08/2018 Prev. Próxima Leitura 24/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

SF14.5070.CA3F.EE81.A083.B844.2B3E.DD6E

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT
OBS. SALDO FATURA ANTERIOR
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,46)

0,77
17,59
36,35

Comprovante de residência



ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

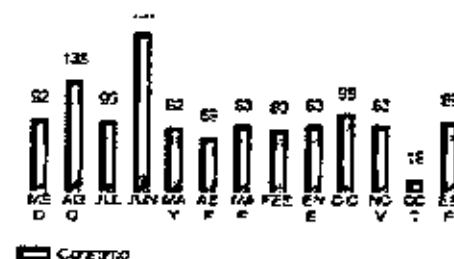
Veja a legenda no verso desta conta. QM: 33,01

Conjunto ARARAS I

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	0,00	0,15	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	2,00	0,00
OMIC (h)	5,78			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



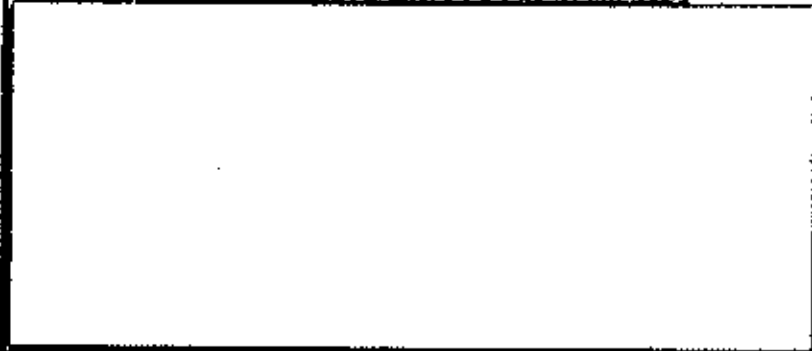
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consolidação Ecológica (%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 1603430-9 Nº da Nota Fiscal: 538694689 Total a Pagar (R\$): 101,39
Data de Emissão: 31/08/2018 Referência: AGO/2018 Nº de Controle: 0001603430 00528 4363 2 04

83800000001-7 01390031000-8 00016034300-3 05284363297-9



Nº RG: 2007504148-3
CNS: 36187318514 0002 1

DATA 02/09/15

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Inácia Eugénia Sales Lima
EST. CIVIL: casada SEXO: F DATA NASC: 29.08.1956 IDADE: 59 a.
NATURALIDADE: São Brás do Alentejo PROF.:
PROCEDÊNCIA: RLB
RESIDÊNCIA: Quil. 3.º
FILIAÇÃO: Paulo Rodrigues Sales e Eugénia Maria da Luz
CÔNJUGE: Vida

2. QUEIXA PRINCIPAL Dor de cabeça anterior

3. HISTÓRIA ATUAL

4. PESO 70 KG 5. PA 130 x 70 mmHg 6. TEMPERATURA

7. EXAMES SOLICITADOS

Raimundo Nereu Sales Cunha
Assinatura do paciente ou responsável

D. Lúcia Maria Lúcio Lúcio
CRA: 6119
Assinatura do Médico



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

INACIA LUIZIA SALES CUNHA

CPF da Vítima

846.757.987-91

Data do Acidente

03/03/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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.

Rouubabe - CE, 21 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Inacia Lúzia Sales Cunha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTALIDADE

Nº do sinistro ou ASL: 3180440623 CPF da vítima: 846.757.487-91 Nome completo da vítima: INACIA LUCIA SALES CUNHA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: INACIA LUCIA SALES CUNHA CPF: 846.757.487-91
Profissão: AGRICULTORA Endereço: OLITEIRO Número: 00000 Complemento: -
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PERUITABA Estado: CEARA CEP: 62.260-000
E-mail: daysson1@hotmail.com Tel.(DDD): 88-99941-1866

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 1677 2 CONTA: 621305 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado
Local e Data, Peruitaba - CE, 08/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Inacia Lucia Sales Cunha
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não autorizado deverá estar em outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



Brad



5067 2798 5990 3105

03/22 1677 2 0621305 7 01 00

VALIDATE

VALIDATE

VALIDATE

VALIDATE

INACIA LUZIA SALES GUNHA

elo

Nº DO SINIS

Autorização de pagamento



CAMPQ, PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Inácia Luzia Sales Cunha

PORTADOR(A) DO RG Nº 2007504149-3 EXPEDIDO POR SSBDS EM 12/04/2018

CPF 846757487-9 / CNPI 000000000-0000-00, PROFISSÃO apresentada

E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA INÁCIA LUZIA SALES CUNHA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 001 (BB) Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2521-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11.084-1

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

Parauatuba - CE, 21 de AGOSTO de 2018

LOCAL E DATA

Inácia Luzia Sales Cunha

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 médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: INACIA LUZIA SALES CUNHA

Nº Sinistro: 3180440623

Vitima: INACIA LUZIA SALES CUNHA

Data do Acidente: 07/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180440623**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

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 13423713



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **INACIA LUZIA SALES CUNHA**

Nº Sinistro: **3180440623**

Vitima: **INACIA LUZIA SALES CUNHA**

Data do Acidente: **07/09/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180440623**.

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 13421014



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347141/18

Número do Sinistro: 3180440623

Vítima: INACIA LUZIA SALES CUNHA

CPF: 846.757.487-91

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 07/09/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: INACIA LUZIA SALES CUNHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

DUT

Outros

INACIA LUZIA SALES CUNHA : 846.757.487-91

Autorização de pagamento

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: 25/02/2019
Nome: INACIA LUZIA SALES CUNHA
CPF: 846.757.487-91

INACIA LUZIA SALES CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/02/2019
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347141/18

Vítima: INACIA LUZIA SALES CUNHA

CPF: 846.757.487-91

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 07/09/2015

Titular do CPF: INACIA LUZIA SALES CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

INACIA LUZIA SALES CUNHA : 846.757.487-91

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.

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: 20/09/2018
Nome: INACIA LUZIA SALES CUNHA
CPF: 846.757.487-91

INACIA LUZIA SALES CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa