

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11333295

A/C: CEZARIO MIZAEI DIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170385343 ASL-0265811/17

Vitima: CEZARIO MIZAEI DIAS

Data Acidente: 18/01/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/01/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11334258

A/C: CEZARIO MIZAEI DIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170385343 ASL-0265811/17

Vítima: CEZARIO MIZAEI DIAS

Data Acidente: 18/01/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **CEZARIO MIZAEI DIAS**

Nº Sinistro: **3170385343**  
Vitima: **CEZARIO MIZAEI DIAS**  
Data do Acidente: **18/01/2015**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170385343**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12237247





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO 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.

FU Begono Miguel L. Dias  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3045504 EXPEDIDO POR SSP EM 10/09/14 E  
 CPF 086340824-9 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO agropecuária  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 15M (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Begono Miguel Dias, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

SINCOR/RS  
 29 JUL 2017

(\*) 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://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 a 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13320-6

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.

f. Pense 18 de março de 2016 Begono Miguel L. Dias  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

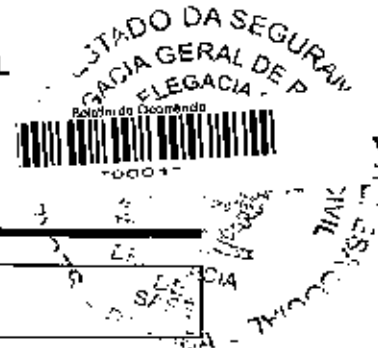
⚠ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo o prazo máximo de 30 dias após a data do sinistro), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme o grau da deficiência física ou mental, de acordo com a Lei nº 9.457/96) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para saber mais sobre o processo de análise de seu pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br) ou ligue para a SAC DPVAT (0800 70 1114).



SINCOR/PB  
21 JUL. 2017



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 168/2015**

Aos (02) dois dias do mês de Fevereiro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Delegada de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 15h49min, compareceu **CEZÁRIO MIZUEL DIAS**, RG: 3.015.504- SSP/PB, brasileiro, União Estável, natural de João Pessoa-PB, com 32 anos, nascido em 01/09/1982, filho pai não declarado e de Marluce Mizael Dias, alfabetizado, residente no Sítio Barra de Antas, Próximo ao Cemitério, Município de Sapé/PB. Telefone: (83) 9378-5395. O **QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE** no dia 18/01/2015, por volta das 15h:30min, no caminho que dá acesso a Lagoa do Padre, o declarante fora vítima de acidente de trânsito; **QUE** na ocasião o noticiante estava conduzindo sua motocicleta HONDA / XL 125 S - COR VERMELHA - ANO 1995 - MODELO 1995 - PLACA JTG 8426 / PE. CHASSI 9C2JD0801SRS02042, quando um veículo não identificado, colidiu de frente com sua Moto; **QUE** a vítima fora socorrido por um amigo para o hospital de Traumas devido a gravidade do acidente, **QUE** passou cerca de 08 dias internado; **QUE** durante a internação foi submetido a procedimento cirúrgico, no antebraço; Era o que tinha a notificar. O referido é verdade. Dou fé 0. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

*Cezário Mizael Dias*

DECLARANTE

SINCOR/PB

09 JUL. 2017

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Gezaria Miguel Dias, portador da carteira de identidade nº 3018504 e inscrito no CPF/MF sob o nº 086340824-90, residente e domiciliado na Sítio Barra das Antas, Cidade Sapir, Estado PB, 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.

Gezaria Miguel Dias

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

g. Permon 18/05/16

Local e data

SINCOR/PB  
11 JUL 2017

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pezains Mizaél DiasRG nº 3015 SSP, data de expedição 10/04/14, Órgão SSP

CPF nº 086340824-90, 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>Sítio Barra das Antas</u>
Número	<u>m</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Rural</u>
Cidade	<u>Sape</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58340 000</u>
Telefone de Contato	<u>93785345</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: gPerna 18/05/2016Assinatura do Declarante: Pezains Mizaél Dias

SINCOR/PB

11 JUL. 2017



8321000000-6 54 40054000-4 18220802015-6 D1400610019-4



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

# LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA



0006

011/12/11

Nome: <u>Roberto Miguel Dias</u>		Registro:	
Idade: <u>52</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>70</u>
Data de admissão: <u>18/01/15</u>		Enf.: <u></u> Leito: <u></u>	
Data da alta: <u>25/01/15</u>		Diagnóstico inicial: <u></u>	
Diagnóstico final: <u>Infarto do miocárdio</u>		Diagnóstico final: <u>Infarto do miocárdio</u>	
Outros diagnósticos: <u></u>			
Principais exames: <u></u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>RFAI 22. RARO</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u></u>			
Anatomia patológica: <u></u>			
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )			
Resultado bacteriológico: <u></u>			
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente com infarto do miocárdio, sem complicações, em tratamento com medicação.</u>			
Dieta: <u>21VRE</u>		Orientações Pós Alta	
Reposo: Relativo em casa por <u>7</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em <u>7</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>7</u> dias e com maior em <u>7</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Aspirina + Alginato</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>24/01/15</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>em 30 dias</u> para revisão.			
João Pessoa <u>25</u> de <u>01</u> de <u>15</u> .			
Ass. Médico/CRM <u></u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

SINCOR/PB  
01 JUL. 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍSA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-123

*Cezario Mizael Dias*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.015.504 -2 VI EXPEDIÇÃO 10/04/2014

NOME CEZARIO MIZAEI DIAS

FILIAÇÃO MARLUCE MIZAEI DIAS

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 01/09/1982

OCORRÊNCIA NASC N. 14515 FLS. 108V LIV. A-15 CARTÓRIO SAPE-PB.

CPF 086.340.824-90

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
TÍTULO ELEITORAL

CEZARIO MIZAEI DIAS

DATA DE NASCIMENTO 01/09/1982

MUNICÍPIO SAPE-PB

DATA DE EMISSÃO 01/03/00

Dr. Adilson Fabricio Gomes Filho

Documentos de identificação

SINCOR/PP

01 JUL. 2017

POLEGAR DIREITO

*Cezario Mizael Dias*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CERTIFICADO DE DISPENSA  
DE INCORPORAÇÃO

23ª CSM  
RA 23153204609-2

CEZARIO MIZAEI DIAS

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO

PAI: Não Declarado

MÃE: Marluce Mizael Dias

NATURALIDADE João Pessoa-PB

DISPENSA DO SERVIÇO MILITAR INICIAL EM 04.06.03  
POR RESIDIR EM MUNICÍPIO NÃO TRIBUTÁRIO  
(Art. 103 do Regulamento Lei de Serviço Militar)

Ass. Lúcia Maria de Oliveira