

---

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11333295

A/C: CEZARIO MIZAEL DIAS

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

**Vitima:** CEZARIO MIZAEL 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 MIZAEL DIAS

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

**Vitima:** CEZARIO MIZAEL 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

**Aos Cuidados de: CEZARIO MIZAEL DIAS**

**Nº Sinistro: 3170385343**  
**Vitima: CEZARIO MIZAEL 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** 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**



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SÉGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURO

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

EU, Bogarino Miguel DiasPORTADOR(A) DO RG N° 3015504EXPEDIDO POR SSPEM 10/09/16CPF 086.340.824-90 (C) / CNPJ 11.111.111/0001-11 PROFISSÃO agricultorE RENDA MENSAL DE R\$ 1.831,17 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Bogarino Miguel Dias, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.SINCP/PA  
M. 2017

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter todos os 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 I, 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 CORRÉNTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13320-6

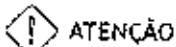
## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 109 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.

g. Pena 18 de maio de 2016 Bogarino Miguel Dias  
LOCA. 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 ao que estiver no ato da data da indenização); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas, de R\$ 13.500,00 a R\$ 1.945,00); e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares. Para mais detalhes sobre o processo de atendimentos, se ou puder de indenização, acesse [www.dpvatseguradatadigital.com.br](http://www.dpvatseguradatadigital.com.br).



S/NCOR/PB  
31 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 Policia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, ai por volta das 15h49min, compareceu **CEZÁRIO MIZAEL DIAS**, RG: 3.015.504- SSP/PB, brasileiro, União Estavel, natural de João Pessoa-PB, com 32 anos, nascido em 01/09/1982, filho pai não declarado e de Marluce Mizaal 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 transito; 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 veiculo 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 noticiante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

Czochralski pull

**DECLARANTE**

SINCOR/PB

6 9 JUL. 2017

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Leozário Miguel Dias, portador da carteira de identidade nº 3013504 e inscrito no CPF/MF sob o nº 086.340.824-00, residente e domiciliado na Sítios Bonsucesso das Américas, Cidade Sapé, 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.

Leozário Miguel Dias

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data

J. Pernera 18/05/11  
SINCOR/PB  
11 JUL 2011

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Reginaldo Miguel Dias

RG nº 3015 504, data de expedição 10/04/14, Órgão SSP

CPF nº 086340824-40, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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 Bons dos Amós</u>
Número	<u>33</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Rural</u>
Cidade	<u>Sapé</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: gPemba 18/05/2016

Assinatura do Declarante: Reginaldo Miguel Dias

SINCORPB

11 JUL. 2017





Nome:	Ezequiel Miguel Dias			Registro:	
Idade:	32	Sexo:	M	Cor:	Clinica: 70
Data de admissão:	18/01/15			Enf.:	Leito:
Diagnóstico inicial:	25/01/15			Data da alta:	
Diagnóstico final:	Artrite Reumatoide			Artrite Reumatoide	
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:	22. RARO. SINCORPB				
Terapêutica medicamentosa:	SINCORPB				
Anatomia patológica:	SINCORPB				
Infecção: sim( ) não( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriologista:					
Condições de alta: Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( )					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	SINCORPB				
Dieta:	21/01/15		Orientações Pós Alta		
Repouso:					
Relativo em casa por:			dias.		
Retorno às atividades sem esforço físico em:			dias.		
Retorno às atividades com esforço físico leve,			dias e com maior em, 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:	Ciprofex + Alginol				
Retorno:	29/01/15				
Ao posto de saúde em			para retirada de ponto.		
Ao ambulatório			em 30 dias para revisão.		
João Pessoa, 25 de 01 de 15.					
Ass. Médico/CRM					
Este documento destina-se à aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

SINCORPB  
11 JUL. 2017



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE NOME: 3.015.504 -2 VIA EXPEDIÇÃO DATA DE EXPEDIÇÃO: 10/04/2014

NOME: CEZÁRIO MIZAEL DIAS

FILIAÇÃO: MARLUCE MIZAEL DIAS

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

DOC. ORIGEM: NASC. N. 14515 FLS. 108V LIV. A-15

CPF: 086.340.824-90

LEIT. N. 7 316 DE 29/08/83

ASS. NATURA DO ELEITOR

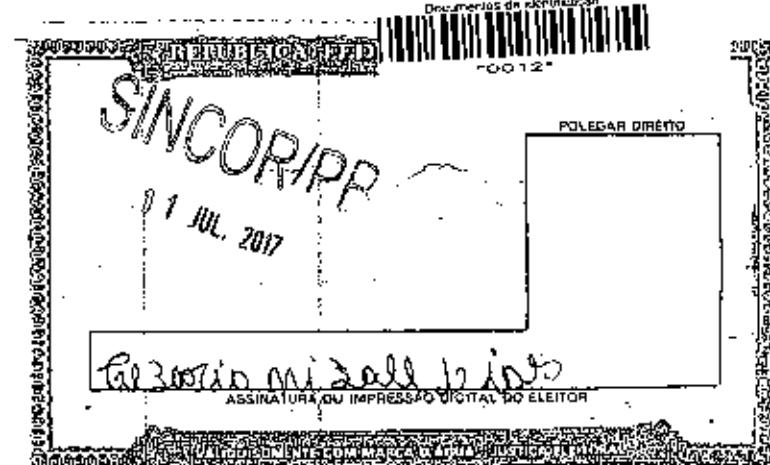
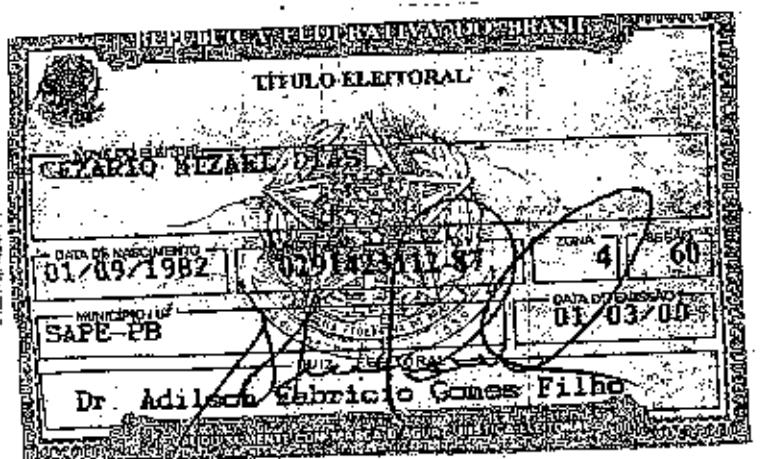
Documentos de identificação



POLEGAR DIREITO

*SINCOR/PP*  
11 JUL. 2017

*Cezario Mizael Dias*



FILIAÇÃO: PAI: Não Declarado

MÃE: Marluce Mizael Dias

DATA DE NASCIMENTO: 19/06/1981 NATURALIDADE: João Pessoa-PB

DISPENSADO DO SERVIÇO MILITAR INICIAL EM: 04.06.03

POR: RESIDIR EM MUNICÍPIO NÃO TRIBUTÁRIO

(Art. 103 do Regulamento-Lai de Serviço Militar)

*Ass. Luiz Henrique de Oliveira Mello*

Ass. Luiz Henrique de Oliveira Mello