

CNPJ 07.031.473/0001-05 - LE 151602958

Av. Góes de Azevedo, 1185 - Fátima - CEP 01046-000 - São Paulo - SP

Telefone: (11) 3071-1111 - Fax: (11) 3071-1112

MAIÚSCULA

RECEBIDA

151602958

13302825-9

MIS/ANO

6/2018

NOME DO DEBIDOR

NELLE ROZE SOARES MARQUES

RUA VINTE E QUATRO DE

JANEIRO, 544 - CENTRO - ERESINA - PI - cep: 64018650

001-00000-000000

001

A16X133657

MIS/ANO	TPC	LDZ	RETRAZO	1 Corrente - Normal
01/2018	1	30	0	
02/2018	1	30	0	
03/2018	1	30	0	
04/2018	1	30	0	
05/2018	1	30	0	
06/2018	1	30	0	

ANTERIOR 04/05/2018 188

11

RETRAZO 5,00-1,00-1,00

ATUAL 26/06/2018 188

CORRIG 118,00-1,00-1,00

RESIDENCIAL	VALOR REFERENTE AGUA - 62,52	VALOR
VALOR DE AGUA - 11,0 m3	62,52	
VALOR DE ESGOTO - 50,02		
VALOR DE AGUA - 11,0 m3	50,02	
JUROS POR ATRASO 04/2018	0,24	
MULTA POR ATRASO 04/2018	2,01	

NÃO VERIFICA

PARA DECONTABILIZAR (MIS/ANO)

0 0 0 0 0 0

10 24 8,1200 50

25 888,888 8,1200 50

VERIFICADO

15/06/2018

VALOR A PAGAR

115,29

INSTRUÇÕES / ANEXOS

MESSAGEM

O CODIGO IDENTIFICADOR PARA CADASTRAR A CONTA DE AGUA NO DEBITO

AUTOMATICO DEVE SER 00 + NUMERO DA MATRICULA + DEBITO

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MEANAS	VALOR REFERENCIAL
PH	2.762	2.715	47	1,25	6,20-5,00 mg/l
COEF APARENTE	2.470	2.787	783	10,14	Inferior a 15,00
PH	2.756	2.718	38	8,56	6,00-8,50
TURBID	2.767	2.485	242	2,07	Inferior a 5,00

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MEANAS	VALOR REFERENCIAL
TOTAL COLIFORMES	907	802	17	Ausente	Ausente
COLIFORMES TOTAIS	907	807	2	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO 06/06/2018 HORA DA EMISSÃO 10:50

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO

TIPO DE

001-00000-000000

Assinatura

13302825-9	151602958
	6/2018

VERIFICADO

VALOR A PAGAR

15/06/2018

115,29

52600000001-6 15291535000-7 00201815160-1 79580100104-7



Declaração de Quitação Anual de Débitos

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Raze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.123/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maisa Rodrigues De Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 07.908.493/69 do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Maisa Rodrigues De Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 07.908.493/69, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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: <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número: <u>544</u>	Complemento: <u>Sala</u>
Cidade: <u>Cariri</u>	Código: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>
Telefone comercial (DDD): <u>(86) 3303-4104</u>		Telefone celular (DDD): <u>(86) 9534-6565</u>	

Teresina 08 de Junho de 2018
Local e Data

Nelle Raze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Denilson Cruz Silva,

RG nº 0044406 data de expedição 30/11/14

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 006.264.113-19, com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Quilômetro - M. Cara - 51. Antônio José Filho nº 3 Bairro: Ant. - I complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Moises Rodrigues de Souza Silva cujo o condutor era

Moises Rodrigues de Souza Silva

Veículo: moto

Modelo: Kawasaki Factor 160 205K

Ano: 2010/2011

Placa: NR-4268

Chassi: SC6KE152060015781

Data do Acidente: 04/02/2018

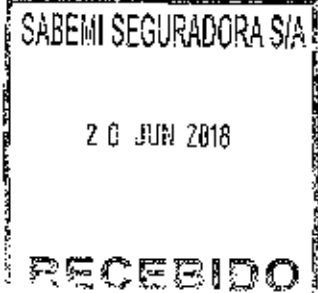
Local e Data: TERESINA, 04.03.18

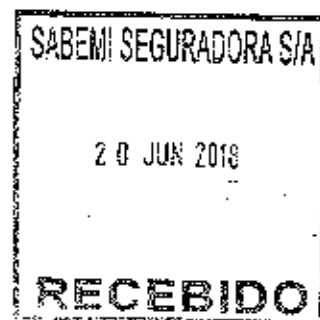
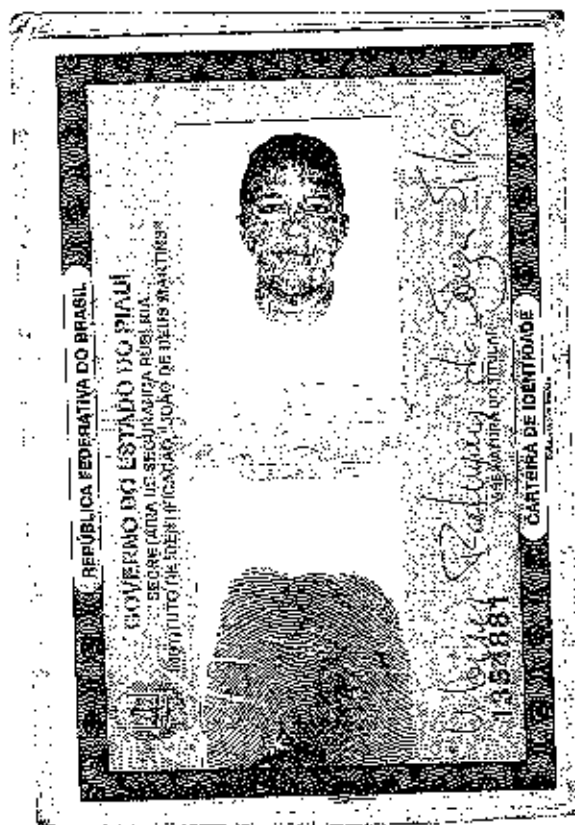
X Denilson Cruz Silva
Assinatura do Declarante

Moises Rodrigues de Souza Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritório Camargo
Teresina, PI





SABEMI SEGURODORA S/A

20 JUN 2016

RECEBIDO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282935 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (Glasgow 5) com otorragia a direita
Fratura de ossos da face

Descrição do exame médico pericial: A. Sem atrofias, apresenta cicatriz de traqueostomia em face anterior do pescoço.
B. Não apresenta limitação do arco de movimento dos membros. ADM completa em membros superiores e inferiores.
C. Sem déficit de força muscular nos membros .
D. Sem alterações na marcha.
E. Alteração na fala, refere que voz mudou.
F. Refere perda de memória, porém, no momento não apresenta déficit de memória. No momento orientando tempo-
espaço. Não apresenta déficit de atenção.

Vítima compareceu acompanhada, apresenta-se lúcida, orientada, traja-se adequadamente. Sem distúrbio de conduta.
Faz uso de risperidona e Hidantal (comprovados por receita médica).

Resultados terapêuticos: Tratamento clínico através de internação em UTI por 23 dias.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/07/2018

Conduta mantida:

Observações: Paciente acompanhado, porém, orientando, respondia ao examinador.
Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

CRM do médico: 4369

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

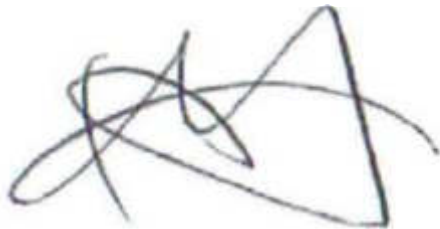
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180282935**

Nome do(a) Examinado(a): **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ALTO DE SANTA ROSA, 1136 - ALTO DA RESSUREICAO - Teresina - PI - CEP 64012730

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2503799**

Data e local do acidente: [**04/02/2018**]

AV DOS IPES, BAIRRO SÃO JOÃO, TERESINA-PI

Data e local do exame: [**06/09/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA COMPARECEU À PERÍCIA ACOMPANHADO DA ESPOSA, APRESENTANDO LAPSOS DE MEMÓRIA, CEFALIA E VERTIGEM PERSISTENTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR. AINDA EM USO DE RISPERIDONA E HIDANTAL (DR. ABIMAEI DA ROCHA CRM: 1985).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano neurológico

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Dano neurológico

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

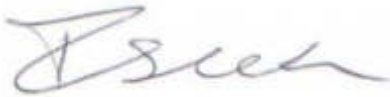
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 04/07/18): 10% da IS. Conduta mantida.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282935 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM COMPROMETIMENTO DE FUNÇÃO VITAL OU AUTONÔMICA

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DAS PERÍCIAS REALIZADAS EM 04/07/2018 E 06/09/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282935 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM COMPROMETIMENTO DE FUNÇÃO VITAL OU AUTONÔMICA

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DAS PERÍCIAS REALIZADAS EM 04/07/2018 E 06/09/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282935 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA COMPARECEU À PERÍCIA ACOMPANHADO DA ESPOSA, APRESENTANDO LAPSOS DE MEMÓRIA, CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. AINDA EM USO DE RISPERIDONA E HIDANTAL (DR. ABIMAEEL DA ROCHA CRM: 1985).

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas:

Data da perícia: 06/09/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 04/07/18): 10% da IS. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

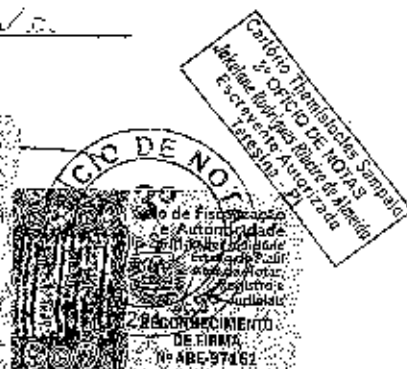
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3180282935**

Vitima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180282935**.

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 13012543



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Sinistro: **3180282935**

Vítima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180282935** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13088037

A/C: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

Nº Sinistro: 3180282935
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA
Data do Acidente: 04/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000036474-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Sinistro: **3180282935**

Vítima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180282935** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3180282935**

Vitima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180282935**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3180282935**

Vítima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180282935**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

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:

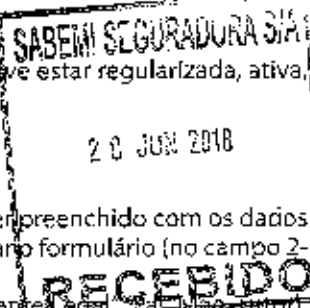
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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: 07.905.483-69 Nome completo da vítima: Moisés Rodrigues de Sousa Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Moisés Rodrigues de Sousa Silva</u>		CPF titular da conta <u>07.905.483-69</u>	Profissão <u>Unilateral</u>
Endereço <u>Rua Rito de Santa Rosa</u>		Número <u>1136</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Rio de Ressurreição</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64060-000</u>
E-mail			Telefone (DDD) <u>(88) 3303-4104</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	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ BIC _____	
AGÊNCIA Nº _____	DV _____	AGÊNCIA Nº _____	DV _____
CONTA N.º _____ DV _____		CONTA N.º _____ DV _____	
(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.

Terresina de Junho de 2018
Local e Data

Moisés Rodrigues de Sousa Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

454 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001839/2018-60

Complementar ao BO Nº: 100203.001825/2018-47

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Marcos Henrique César De Araújo

Data/Hora: 08/06/2018 - 13:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Data/Hora

04/02/2018 - 09:00

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA DOS IPÊS, Nº:

Complemento

Bairro

SÃO JOÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MOISÉS RODRIGUES DE SOUZA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2503799 SSP PI

Mãe: ISABEL RODRIGUES DE SOUZA SILVA

Endereço: RUA ALTO DA SANTA ROSA, ALTO DA RESSURREIÇÃO, Nº 1136

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE, MOISÉS RODRIGUES DE SOUZA SILVA, RELATA QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA DOS IPÊS CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR DE PLACA NIR 4288 DE PROPRIEDADE DE DENILSON CRUZ SILVA QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU. LESIONOU-SE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DE Nº 467181.

Marcos Henrique César De Araújo - Mat. 2272407
AGENTE DE POLÍCIA

Moisés Rodrigues de Souza Silva
MOISÉS RODRIGUES DE SOUZA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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: Marcos Rodrigues De Souza Silva CPF da Vítima: 019.308.483-69 Data do Acidente: 04/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	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.

Teresina R de Junio de Junho de 2018
Local e Data

Marcos Rodrigues De Souza Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000036474-5

Nr. da Autenticação 9F1DF7471C3D75DC

