

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: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HANATANIA JESUS DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04874

CONTA: 000000016836-5

Nr. da Autenticação 977C5F8DCE5244FA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190561934 **Cidade:** Cristinápolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HANATANIA JESUS DIAS **Data do acidente:** 09/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7.
P1,2,3,4,8,11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 JOSÉ JORGE FIGUEIREDO 1º portador(a) do
RG nº 3068 04144, expedido por SSP/BA, em
27/09/14, CPF/CNPJ nº 469 600 315- 91,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) HANATANIA
JESUS DIAS do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ
da vítima HANATANIA JESUS DIAS, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ 12000,00

Documentos comprobatórios: Recurso

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A
31 MAI 2017
RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José de Jesus

RG nº 952.995, data de expedição 11/11/11,
Órgão SJP/55, portador do CPF nº 025.199.935-10 com
domicílio na cidade de Rio das Ostras, no Estado de
Rio de Janeiro, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Pavuna Centro, nº 511

complemento 045A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima HANATANIA JESUS DIAS cujo o condutor era
HANATANIA JESUS DIAS.

Veículo: MOTOCICLITA

Modelo: BONITA C.G 125 TITAN HS

Ano: 2011

Placa: JPL-4094

Chassi: 9E23C30101R087066

Data do Acidente:

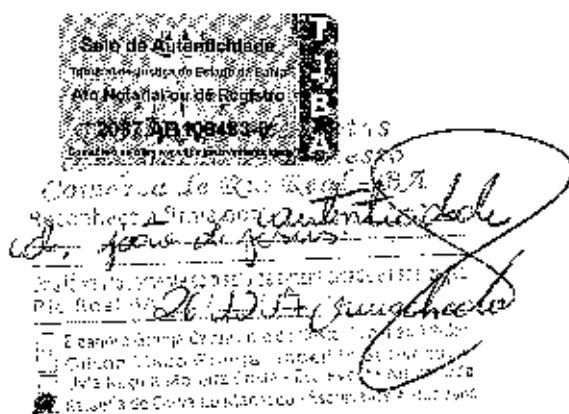
Local e Data: Rio das Ostras 04/09/2012

Assinatura de José de Jesus

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Companhia Sul Sergipeana de Eletricidade
Rue Capitão Silvério, 314-Centro Estância/SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 19.255.888.0001-46

www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

43836 / 7

GENIZIO CARLOS DE AQUINO

TV. FRANCISCO ALVES DO NASCIMENTO, 20,
CENTRO - Cristópolis/SE - 49.270-000

Medidor: 2785308 - M

Mês/Ano	Consumo	Vencimento	Valor R\$
06/2019	108	02/07/2019	73,26

DADOS CADASTRAIS

Tarifa Concessional:
CNPJ/CPF
Grupo/Subgrupo: B-B1/Ligação Monofásico
Classe: RESIDENCIAL - BAXA RENDA - NIS: 17022633562
TSEE criada pela nº 10.438 de 28/04/2002
Tensão de Fornecimento (V): 127
Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
ANEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODIST
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 043836

DADOS DE FATURAMENTO

Emissão: 17/06/2019
Mês/Ano Faturamento: 06/2019
Leitura atual: (17/06/2019) 11804
Leitura anterior: (16/05/2019) 11796
Próxima leitura: 16/07/2019
Consumo Médido (kWh): 108
Consumo Diário (kWh): 3,37
Classe de Consumo: 32
Ocorrência do Mês: Lido
Média kWh Utilizado 12 meses: 87

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs	Pagamento	Valor R\$
06/2019	108	Lido	Em aberto	73,26
05/2019	114	Lido	Em aberto	77,06
04/2019	131	Lido	Em aberto	88,45
03/2019	111	Lido	23/05/19	
02/2019	109	Lido	23/03/19	
01/2019	127	Lido	23/03/19	
12/2018	71	Lido	14/02/19	
11/2018	74	Lido	14/02/19	
10/2018	65	Lido	17/12/18	
09/2018	58	Lido	17/12/18	
08/2018	62	Lido	13/08/18	
07/2018	55	Lido	06/11/18	
06/2018	77	Lido	20/07/18	

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtd.	VI. Unit.	Valor(R\$)
CONSUMO de energia	30	x 0,21418 =	5,42
CONSUMO	70	x 0,36715 =	25,70
ADIC. BAND. AMARELA	8	x 0,55072 =	4,40
ICMS	90	x 0,00600 =	0,25
PIS			34,68
COFINS			0,57
			2,65

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série:
03 046 5110 003640 82 01 652 570 / B

Local de Entrega: I

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

(Art.31, resolução 166/2005 - ANEEL)
Energia: 18,32% 13,42
Distribuição: 13,89% 10,11
Transmissão: 2,96% 2,17
Encargos Setoriais: 2,56% 1,95
Tributos: 50,45% 38,96
Percos: 0,05% 0,04
Outros: 11,75% 8,61

TOTAL: 73,26

REAVISO DE FATURA VENCIDA

Informamos que até o momento não
registramos o pagamento do(s) débito(s)
relacionado(s) abaixo.

MÊS/ANO	VALOR
05/2019	R\$ 77,06
04/2019	R\$ 88,45

VENCIMENTO DESTE REAVISO 03/07/2019

O não pagamento dos débitos em aberto
no prazo de vencimento desta reaviso
sujeita esta unidade consumidora a
suspensão do fornecimento de energia
elétrica conforme art. 172 da resolução
normativa n. 414/2010 de Agência
Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

TOTAL A PAGAR R\$

73,26

TRIBUTOS

Base de cálculo(R\$) Alíquota(%) Valor(R\$)

ICMS	88,66	25,00	24,66
PIS/PASEP	84,65	4,09	0,57
COFINS	84,65	4,10	2,65

DADOS TÉCNICOS

Int. transformador: 1030001
Número do medidor: 2785300
Fator de multiplicação: 1,000
Tipo de ligação: Monofásico

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Consumo: TOMAR DO GERU

Referência: 04/2019

MENSAL TRIMESTRAL ANUAL

META DIC	6,03	12,08	24,12
APUR. DIC	0,00	0,00	0,00
META FIC	3,36	6,72	13,45
APUR. FIC	0,00	0,00	0,00
META DMIC	3,54		
APUR. DMIC	0,00		

RESERVADO AO FISCO: 7C66 811E 59BA CC5F C3E5 C78C F130 89E5

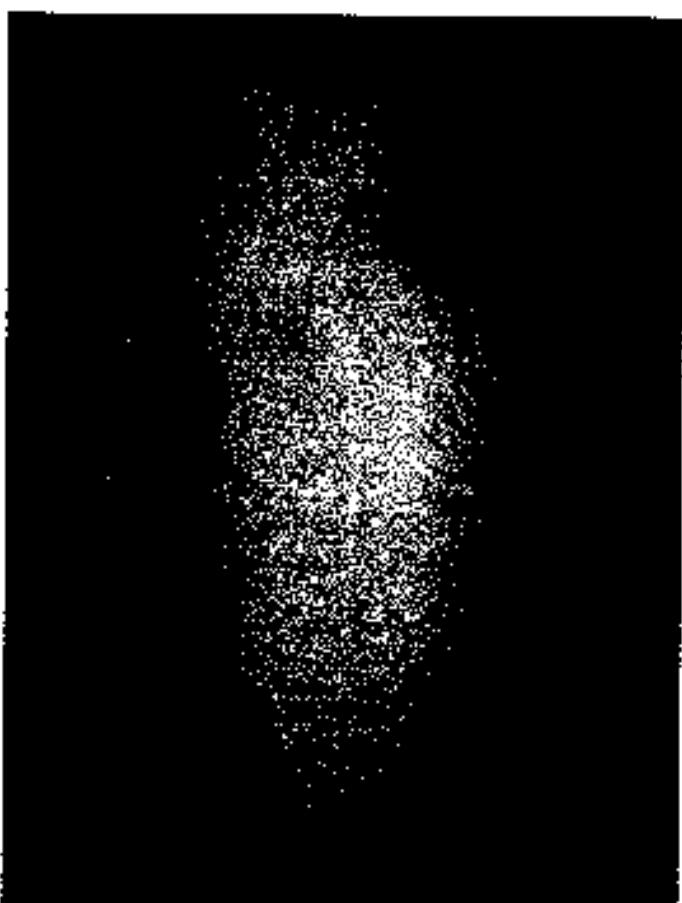
Reserva255119_Banerap_vigencia04/06/2019

MENSAGEM

Ante ao MOVIMENTO VACINA BRASIL
Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Benefício Tantano: 62,14

A conta norma de consumo seria R\$ 66,59, porém tem um desconto da Tarifa Social de R\$ 29,82, restando a ser pago R\$ 36,77, que com os demais valores acima discriminados totaliza R\$ 73,26.



NOME : HANATANIA JESUS DIAS
SOLICITANTE : Dr (a). ROBERTO LIMA
CONVÊNIO : AMB
IDADE : 30/07/1984
DATA : 22/02/2018
REGISTRO : 31359883
DIGITADOR: Paula J.

LAUDO RADIOLÓGICO

COTOVELO D:

Fratura não consolidada do 1/3 proximal da ulna/presença de placa de osteossíntese.
Controle P.O.

Dr. Osmário Silva Dantas
Radiologista/Ultrasomografista
CRM/SE 299

Dr. Osmário Sonza Dantas
Radiologista/Ultrasomografista
CRM/SE 3212

08 JUN 2018

RECEBIDO

3025-8686 / 3025-8650

www.clinicaceot.com.br

MATRIZ: Centro Médico Jardim
Av. Míndiro Geraldo Dantas Sobral,
 nº 2121 - 1º andar - Bl 101 - B. Jardim
Aracaju/SE - CEP: 49026-010

FILIAL 01 Rua Carlos Corrêa, nº 452
Bairro São José Campus
Aracaju/SE - CEP: 49070-160

FIOSITERAPIA Rua Professor Figueiredo Martins,
 nº 208 - R. Salgueiro Filho
Aracaju/SE - CEP: 49023-220



PEDIDO REANALISE DE PROCESSO

SINISTRO N°. 3180096506

AO SENHOR DIRETOR DA CIA. LIDER OU AO SENHOR ANALISTA.

EU, HANATANIA JESUS DIAS, PORTADORA DO RG DE Nº.2.046.546-7 SSP/SE E CPF DE Nº. 006.373.485-08 RESIDENTE NA RUA JORNALISTA OMAR MONTE ALEGRE,296 CIDADE DE CRISTINAPÓLIS ESTADO DE SERGIPE, VENHO ATRAVÉS DESTE INFORMAR AO SENHORES QUE FUI VITIMA DE ACIDENTE NO TRANSITO NO DIA 09/09/2016, FUI SOCORRIDA EM ESTADO GRAVE PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ESTÂNCIA, E FOI CONSTATADO, DEPOIS DE EXAMES DE RX QUE O MEU O BRAÇO DIREITO TEVE UMA FRATURA SENDO NO OOTOVÉLO D. FUI OPERADA NO HOSPITAL DE CIRURGIA NA CIDADE DE ARACAJU/SE NO DIA 04/10/2016 COM COLOCAÇÃO DE PLACA METALICA E PARAFUSOS. E CONTINUO TOMANDO MEDICAMENTOS, E MEU BRAÇO CONTINUA DOENDO E COM INCHAÇO, PERDIR DE FORÇA MUSCULAR E PERDIR MOVIMENTOS DO MEU BRAÇO, E É POR ESSE MOTIVO QUE ESTOU PEDINDO REANALIZE NO MEU PROCESSO ESTOU MANDANDO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SENDO NOVOS RELATÓRIOS E PRONTUARIOS E FOTOS POIS NÃO FIZ A PERÍCIA COM MÉDICO NENHUM DA SEGURADORA E POR ISSO PEÇO AO SENHOR DIRETOR DA CIA. QUE MARQUE UMA PERÍCIA PARA MIM COM MÉDICO DA CIA. PARA QUE ELE VEJA QUE O QUE ESTOU FALANDO É A PURA VERDADE, EU ESTOU MANDANDO EM ANEXO NOVOS RELATÓRIOS PARA MELHOR COMPROVAÇÃO DA VERDADE DESDE JÁ VENHO AGRADECER A TODOS VOCÊS PELA ATENÇÃO.

CRISTINAPOLIS, 17/04/2018

08 JUN 2015

B20090707.v1

Hans Finsen James W. Dens

HANATANIA JESUS DIAS

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

NOME: HANNA TANIA JESUS DIAZ

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

PROFISSAO: DESMATERIAIS

Nº DO RG: 3.016.546-2 ORGÃO EMISSOR: 539 / SE DATA DE EMISSÃO: 03/12/2012

Nº CPF: 006.373.485-08

ENDEREÇO: RUA JORNALISTAS, 157, 1º ANDAR MONTÉ ALLEGRE N.º 246

CORRIO CRISTALÓPOLIS / SE COD. 49270-000

OUTORGADA:

NOME: JOSE JOSE FIGUEIREDO BORGES

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

ESTADO CIVIL: CASADO

PROFISSAO: COMERCIANTE

Nº DO RG: 3.008.041-74 ORGÃO EMISSOR: 539 / SE DATA DE EMISSÃO: 27/08/14

Nº CPF: 469.600.315-91

ENDEREÇO: RUA SOU. JOAO ALVES FILHO 248 CORRIO CRISTALÓPOLIS - SERRA
CAP. 49270-000

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por transito, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.



Cristalópolis, 14 de Março de 2012

Hanna Tania Jesus Diaz

Assinatura

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
1º Ofício de Correia de Cristalópolis

BARSEM SECURADORA S/A

Selo TJSE 2012-29530001830 13-1-2017
Acesse tjse.jus.br HE4PANZ

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE		RECEBIDO
Assinatura: <u>Hanna Tania Jesus Diaz</u>		Assinatura: <u>RECEBIDO</u>
Data: 15 MAR. 2017		Assinatura: <u>RECEBIDO</u>
Assinatura: <u>RECEBIDO</u>		Assinatura: <u>RECEBIDO</u>
VALIDO SUBSISTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE		

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340362/19

Vítima: HANATANIA JESUS DIAS

CPF: 006.373.485-08

Data do acidente: 09/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HANATANIA JESUS DIAS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HANATANIA JESUS DIAS : 006.373.485-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/10/2019
Nome: HANATANIA JESUS DIAS
CPF: 006.373.485-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

HANATANIA JESUS DIAS

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3190561934

3 - CPF da vítima:

00637348508

4 - Nome completo da vítima:

HANATANIA JESUS DIAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

HANATANIA JESUS DIAS

6 - CPF:

00637348508

7 - Profissão:

Desem Praga/DA

8 - Endereço:

TRAV. Francisco Alves NASCIMENTO

9 - Número:

20

10 - Complemento:

Centro

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

CRISTINOPOLIS

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49270000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(49) 9995-7633

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: _____

AGÊNCIA: 4874

CONTA: 16836

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Sim

29 - Se tinha filhos, informar Falecidos: Não

30 - Vítima deixou nascidos (nascer): Sim

31 - Vítima teve irmãos? Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Cristinópolis 19/10/2019.

Hanatania Jesus Dias

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561934

Vítima: HANATANIA JESUS DIAS

Data do Acidente: 09/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HANATANIA JESUS DIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561934

Vítima: HANATANIA JESUS DIAS

Data do Acidente: 09/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HANATANIA JESUS DIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561934

Vítima: HANATANIA JESUS DIAS

Data do Acidente: 09/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), HANATANIA JESUS DIAS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

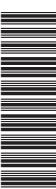
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190561934 **Vítima: HANATANIA JESUS DIAS**

Data do Acidente: 09/09/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HANATANIA JESUS DIAS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: HANATANIA JESUS DIAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004874

Conta: 0000016836-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

006.373.485-08 HANATANIA JESUS DIAS

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

5 - Nome completo: HANATANIA JESUS DIAS 6 - CPF: 006.373.485-08
 7 - Profissão: RECLUSA 8 - Endereço: R. V. FURANICO ALVES DO NOL 9 - Número: 20 10 - Complemento: PASSA
 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: CRISTALÓPOLIS 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49270-000
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1999606-5067

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECLUSA INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ANESE

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.

22 - 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. 39, §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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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.

34
 Informações
 digitais da
 vítima ou
 beneficiário
 não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *CRISTALÓPOLIS - SE 01-10-2010*

** Hanatania Jesus Dias*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

006.373.485-08 HANATANIA JESUS DIAS

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

5 - Nome completo: HANATANIA JESUS DIAS 6 - CPF: 006.373.485-08
 7 - Profissão: RECLUSA 8 - Endereço: R. FURANGICO ALVES DO NOL 9 - Número: 20 10 - Complemento: PASSA
 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: CRISTALPOLIS 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49270-000
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1999606-5067

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECLUSA INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ANESE

AGÊNCIA: CONTA: 01006904 0

(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.

22 - 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. 39, §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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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.

34

Impronta digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *CRISTALPOLIS - SE 01-10-2010*

** Hanatania Jesus Dias*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

