



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Camila Rodrigues Santos da SilvaRG nº 3.128.627, data de expedição 18/01/08, Órgão SSP-PI

CPF nº 048.849.683-61, 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>Rua Santa Teresinha</u>
Número	<u>21 n°</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bom sucesso</u>
Cidade	<u>Presidente Dutra</u>
Estado	<u>Maranhão</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(99) 8400-9367</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Presidente Dutra - MA, 03/12/2018Assinatura do Declarante: Camila Rodrigues Santos da Silva



Conta de Nº-5
XXXXXXXXXX

Vencimento
XXXXXXXXXX

Para atendimento,
Informe este número.

Conta Contrato

00037265853

Dados do cliente

FRANCISCA DA SILVA CAVALCANTE

IL. SANTA TERESA 578 RUA
BOM SIKISSU 457041-0000 PIRACICABA - SP

Tipo de tarifa: COMERCIAL FOMENTO

Classificação: Resid. Baixa tensão

Pontos de Medição: 0,00

CP: 02821207 385

Tensão Nom.: 220 V

UF Seq: 01200004 420

De Medição: 00000000000000000000

Fator de Potência: 0,95

Tensão: 220 V

Dados

Emissão

Apresentação

Próxima leitura:

XXXXXXXXXXXX

PRÉSTIMO SUPPL. 21 de nov de 2018

Remetente: FRANCISCA DA SILVA CAVALCANTE

Verificamos que existe em nosso cadastro fatura(s) em aberto desta unidade consumidora, a qual está sujeita a inscrição no Serviço de Proteção ao Crédito. Por este motivo, solicitamos que a situação seja regularizada no prazo de cinco dias úteis, a contar da data de emissão desta carta, para não incorrer em juros e multa. No caso de(s) fatura(s) já terem sido pagas, favor desconsiderar esta comunicação. Mas não deixe de comparecer a uma das nossas agências para apresentar o comprovante de pagamento e, assim, regularizar a situação evitando o desligamento da unidade consumidora.



**Evite a
negativação**

Regularize sua situação
imediatamente para não ser negativado

Total a pagar: R\$ 180,22

Informações de tributos

Reservado ao Fisco

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

ICMS

PIIS

COFINS

Período Fiscal

Número do Programa Social

Histórico do Consumo (kWh)

Informações do consumo do mês e Tarifa sem Tributos

Consumo	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtd. Dias	Resolução Anatel
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos

Revisão de Vencimento

Informações para o cliente

V: [1.1.1.0]

836900000016 802200139003 039028152302 000372658534



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mario de Jesus Ribeiro,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº 00291292305, com
domicílio na cidade de Esperantinópolis, no Estado de
Maranhão, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
povoado palmural, nº 5/nº _____,
complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Miguel Rodrigues Ribeiro, cujo o condutor era
Railon Souza Ribeiro.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150 EX
Ano: 2012
Placa: 01V 3382-MA
Chassi: 9C2KC1660 CR 553624
Data do Acidente: 23/09/2018
Local e Data: _____

Maria de Jesus Ribeiro
Assinatura do Declarante

Railon Souza Ribeiro

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



Boletim de ocorrência



RECEBIDO

28 DEZ 2018

Seguradora Líder DPVAT

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA GERAL

SUPERINTENDENCIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR

13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PRESIDENTE DUTRA/MA

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JOSELÂNDIA-MA

Av. Duque de Caxias s/n, centro-joselândia-MA



BOLETIM DE OCORRENCIA N 128/NOVEMBRO/2018.

DATA DO REGISTRO: 13/11/2018

NATUREZA DA OCORRENCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

DATA DA OCORRENCIA: 23/09/2018 AS 08:00HS

LOCAL DA OCORRENCIA: ESTRADA QUE LIGA O POVOADO CAZUZA A CIDADE DE JOSELÂNDIA-MA CIDADE:
JOSELÂNDIA ESTADO:MA

COMUNICANTE:

NOME: CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: CONVIVENTE NATURALIDADE: BOM JESUS-PI
NASCIDO EM: 06/12/1988 RG:3.128.627 CPF:048.847.683-61
FILIAÇÃO PAI: *****
FILIAÇÃO MÃE: ARLENE RODRIGUES SANTOS DA SILVA
ENDEREÇO: AVENIDA TANCREDO NEVES, S/N, CENTRO, CEP 65755-000
CIDADE: JOSELÂNDIA ESTADO:MA

VÍTIMA:

NOME: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: BOM JESUS-PI
NASCIDO EM: 14/01/2016 RG:***** CPF:*****
FILIAÇÃO PAI: RAILON SOUZA RIBEIRO
FILIAÇÃO MÃE: CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA
ENDEREÇO: AVENIDA TANCREDO NEVES, S/N, CENTRO, CEP 65755-000
CIDADE: JOSELÂNDIA ESTADO:MA

RELATO DA OCORRENCIA

ÀS 18:00 MIN HORAS DE HOJE 13 DE NOVEMBRO DO CORRENTE ANO (2018), COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, A SRA. CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA, ACIMA DESCRITA, COMUNICANDO QUE NO DIA 23 DE SETEMBRO DE 2018, POR VOLTA DAS 08:00MIN, SEU FILHO, A CRIANÇA MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO TRAFEGAVA COM SEU GENITOR, O SENHOR RAILON DE SOUZA RIBEIRO, NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 EX, DE PLACA: QIV 3382, DE COR: PRETA, ANO/MOD: 2012/2012, CHASSI: 9C2KC1660CR553624, RENAVAM: 00495366188, REGISTRADO EM NOME DE MARIA DE JESUS RIBEIRO, VINDO DO POVOADO CAZUZA EM DIREÇÃO A CIDADE DE JOSELÂNDIA, PARA SUA CASA, ONDE RESIDE, QUE, AO DESVIAR-SE DE UM VEÍCULO ESTACIONADO NA ESTRADA, ACABOU PERDENDO O CONTROLE E VEIO AO CHÃO, FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES, O PAI DA CRIANÇA, SENHOR RAILON SOUZA RIBEIRO, NÃO TEVE FERIMENTOS GRAVES, MAS SEU FILHO, MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO TEVE ALGUNS FERIMENTOS, FOI SOCORRIDO POR POPULARES(JUNTAMENTE COM SEU PAI) E LEVADO PARA O HOSPITAL MACRORREGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA-MA, ONDE SEGUNDO CONSTA NO RELATÓRIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR: O PACIENTE MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO, COM PRONTUÁRIO 190974, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL EM 23/09/2018, A PEDIDO DO INTERESSADO: INFORMA QUE SOFREU ACIDENTE DE MOTO (SIC), APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM REGIÃO FRONTAL, GLASGOW 15, TCE, TRAUMA CONTUSO DA COXA DIREITA, DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DO MID. FORAM REALIZADOS TODOS OS EXAMES ADMISSIONAIS QUE EVIDENCIARAM FRATURA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. FOI ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE OSTEOSÍNTESE E REPOSICIONAMENTO. PROCEDIMENTO REALIZADO POR DR. JOÃO MAURÍCIO, CRM 6372. RECEBEU ALTA EM 27/09/2018, CO ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

CID-10: S 72

AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE E TESTEMUNHAS.



POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA GERAL
SUPERINTENDENCIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
13ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL- PRESIDENTE DUTRA/MA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JOSELÂNDIA-MA

COMUNICANTE: X Camilo Rodrigo Santos da Silva

RODRIGO DANIEL ANDRADE SANTOS
INVESTIGADOR DE POLÍCIA CIVIL
MAT 2399913

JOSELÂNDIA 13 DE NOVEMBRO DE 2018.



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

Miguel Rodrigues Ribeiro

CPF da Vítima

Data do Acidente

23/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Camila Rodrigues Santos da Silva

CPF do Representante legal

048.847.683-61

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não signifique prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Presidência Dutra, 03 de dezembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

x Camila Rodrigues Santos da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 com 16 ou 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	Nome completo da vítima <u>Miguel Rodrigues Ribeiro</u>
---------------------------	---------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Camila Rodrigues Santos da Silva</u>		CPF titular da conta <u>048.847.683-61</u>	Profissão <u>lavadeira</u>
Endereço <u>Rua Santa Teresinha</u>		Número <u>511</u>	Complemento
Bairro <u>Bom Sucesso</u>	Cidade <u>Presidente Dutra</u>	Estado <u>Maranhão</u>	CEP
Email			Telefone (DDD)

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	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGENCIA NRO _____ DIV _____ (Informar dígito se existir)	
AGENCIA NRO <u>0767</u> DIV <u>013</u> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO <u>122.349</u> DIV <u>9</u> (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.

P. Dutra, 03 de Dezembro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190019857

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190019857

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190019857

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007815/19

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

CPF: 048.847.683-61

CPF de: Representante

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: CAMILA RODRIGUES
SANTOS DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros



CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA : 048.847.683-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA
CPF: 048.847.683-61

CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

DATA DO ACIDENTE 23.09.2018 POSSUI CPF ☐ SIM ☒ NÃO Nº CPF

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo, junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo, junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador: 04884768361
E-mail: WICKLE1@GMAIL.COM YAHOO.COM.BR Tel: 99 98400-9367
Data: 19/12/18 Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC. PESSOENTE OUTRA - MA
Atendente: RAMONELLY E C. VITHOMAZIM Matrícula: 8.379.227-9
Data: 19/12/18 Assinatura: Ramonelly

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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Camila Rodrigues Santos da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.847.688 / 61
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Michael Rodrigues Ribeiro inscrito
(a) no CPF sob o Nº _____ / _____, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
Michael Rodrigues Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Advogada Renda: não tem renda e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>R. Santa Tereza</u>		Número	Complemento
Bairro <u>Bom Sucesso</u>	Cidade <u>Presidente Dutra</u>	Estado <u>MA</u>	CEP <u>048.847.688-61</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>99984009367</u>

P. Dutra 03 de Dezembro de 2018
Local e Data

Camila Rodrigues Santos da Silva
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007815/19

Vítima: MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

CPF: 048.847.683-61

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 23/09/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: CAMILA RODRIGUES
SANTOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA : 048.847.683-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA
CPF: 048.847.683-61

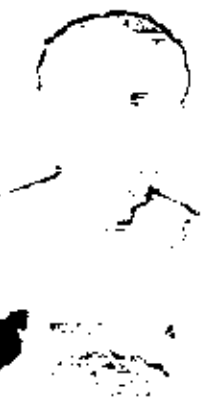
CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

GOV. RNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DELES MARTINS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
3.128.627
18/01/08

CANTILIA RODRIGUES SANTOS DA SILVA
NASCIDO

ARLENE RODRIGUES SANTOS DA SILVA
NASCIDA

BOM JESUS-PI
06/12/1988

IDENT. NASC. 26385 L 67 F 176V
EXP. BOM JESUS-PI 19/09/07

LEI Nº 7.116 DE 1983

Documentos de Identificação



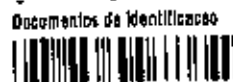
 **Receita Federal do Brasil**

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
042.847.683-61

Nome
JOÃO CARLOS DE SOUZA SILVA

Nascimento
10/05/1950



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

MATRÍCULA
077925 01 55 2016 1 00076 234 0031094- 27

(LIVRO A: 76 TERMO: 31094 FOLHA: 234)

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
QUATORZE DO MÊS DE JANEIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSEIS		14	01	2016
HORA	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO			
16:10	BOM JESUS-PI			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO		LOCAL DE NASCIMENTO		SEXO
BOM JESUS-PI		HOSPITAL "SOUSA SANTOS" NESTA CIDADE		MASCULINO
FILIAÇÃO				
CAMILA RODRIGUES SANTOS DA SILVA RAILON SOUZA RIBEIRO				
AVÓS				
ARLENE RODRIGUES SANTOS DA SILVA FRANCINETE DA SILVA SOUZA REGINALDO RIBEIRO				
GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)			
NÃO	SEM INFORMAÇÃO			
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO		
VINTE E CINCO DO MÊS DE FEVEREIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSEIS		30697705586		
OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES				
SEM INFORMAÇÃO				

NOME DO OFÍCIO: 2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL
OFICIAL(A): IVONE FELÍCIO BORGES PIAULINO
MUNICÍPIO: BOM JESUS-PI
ENDEREÇO: RUA TABELIÃO RAIMUNDO JOSÉ ROCHA Nº 576A CENTRO

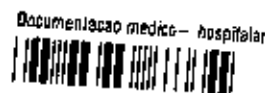
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: BOM JESUS, PI, 25 de Fevereiro de 2016.

Michela Maria Camelo
Assinatura do Oficial
Michela Maria Camelo
Escriturante



ARPENBRASIL AA 000646306 BRP

**HOSPITAL MACRORREGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE
PRESIDENTE DUTRA-MA**



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

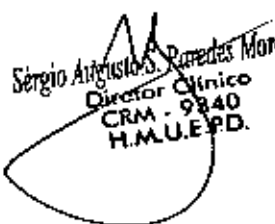
O paciente **Miguel Rodrigues Ribeiro**, com nº de prontuário **190974**, deu entrada neste hospital em 23/09/2018, a pedido do interessado: informa que sofreu acidente de moto (SIC), apresentando escoriações em região frontal, glasgow 15, TCE, trauma contuso da coxa direita, dor e impotência funcional do MID. Foram realizados todos os exames admissionais que evidenciaram fratura diáfise do fêmur direito.

Foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de osteossíntese e reposicionamento. Procedimento realizado por Dr. João Maurício, CRM 6372.

Recebeu alta em 27/09/2018, com orientação para acompanhamento ambulatorial.

CID-10: S 72

Presidente Dutra - MA, 28/09/2018.


Sérgio Augusto S. Rêmedes Moreira
Diretor Clínico
CRM - 9840
H.M.U.E.P.D.

HOSPITAL MACROREGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA - MA

Nº PRONT.
190974

GUIA DE ATENDIMENTO

11:02:59

23/09/2018

MÉDICO

alta
27/09/18

DADOS DO PACIENTE

NOME MIGUEL RODRIGUES RIBEIRO

DN 14/01/2016 ID 2 SUS 898 0049 4685 0629

EST. CIVIL SOLTEIRO

PAI RAILON DE SOUSA RIBEIRO

COR PARDA

SEXO M

MÃE CAMILA RODRIGUE SANTOS DA SILVA

TEL

N/INFORMADO

ENDEREÇO POV. SERRINHA

BAIRRO ZONA RURAL

CIDADE JOSELÂNDIA

NATURALIDADE BOM JESUS-PI

Resp.

Ass. Recepcionista:

Nível de consciência:

Escala de dor:

Doenças pré-existentes:

Queixa:

Medicamentos em uso:

Alergias:

Avaliação:

Obs.:

Peso Aprox.:

P.A.:

F.C.:

TEMP.:

SAT O2:

HGT:

Classificação de Risco:

☒ AZUL☐ VERDE☐ AMARELO☐ VERMELHO

ENFERMEIRO:

CURATIVO

SUTURA

IMOBILIZAÇÃO:

MS

MI

PARACENTESE ABDOMINAL

TAMPONAMENTO NASAL

RETIRADA DE FIXADOR

RETIRADA DE FIO DE KIRSCHNER

Paciente de 2ª vez vítima de acidente
de moto. Escorrido joelho frontal

Idoso 15

Aumento volumoso na coxa D.

CAS - Avaliação por Cirurgião
Ortopedia
Neurocirurgia

HC. Grupo Sanguíneo e Rh, ESR

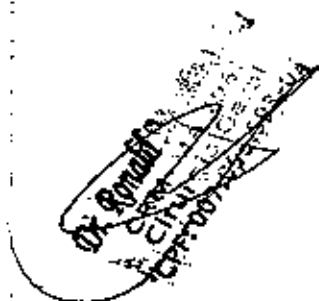
El P de Abdomem Total - Rx Simples Abdomem

CT de Crânio

Pelo cirurgião Geral:

Possui motor ótimo de quando de ruído
não é bh. No momento ativo, reativo
e contínuo. Amplitude máxima
flexão e extensão. Melhor US (dentro
do movimento).

Es: no momento sem contato
pelo cirurgião geral



NCR

Quarta-feira 4/11/77

Atividade - normal

CP: Alta de neuro

Sergio L. V. Fernandes
NEUROLOGIA
CRM-MG: 9893



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL MACRORREGIONAL DE PRESIDENTE DUTRA

GOVERNO DO
MARANHÃO
GOVERNO DE TODOS NÓS



AVISO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: *Miguel Roberto Ribeiro*

CONDIÇÕES	TIPO	ÓBITO
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Estacionado ☐ Outros *	☒ Decisão Médica ☐ A Pedido ☐ Por Indisciplina ☒ Para Tratamento Ambulatório ☐ Transferência p/ Outro Ambulatório ☐ Vale só p/ Diagnóstico ☐ Outros *	☐ S/ Tratamento ☐ Decurso Tratamento Clínico ☐ Operatório ☐ Pós-Operatório (12 h) ☐ Pós-Operatório (24 h) ☐ Pós-Operatório (1ª Semana) ☐ Pós-Operatório (Até 40 dias) ☐ Outros *
*ESPECIFICAR AQUI	*ESPECIFICAR AQUI	*ESPECIFICAR AQUI
Data: <i>24/04/2008</i> <i>Dr. João Maurício</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 45571 CRM-MA: 9372 Carimbo e Assinatura do Médico		

FOLHA DE SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: <i>Miguel Roberto Ribeiro</i>				Nº DO PRONTUÁRIO	
Sexo:	Cor	Idade	Estado Civil	Profissão	
Clínica			Médico Assistente		

DIAGNÓSTICO		
Provisório		
Principal: <i>osteomielite femur D</i>		
Acessórios Complicações	"Causa Mortis"	Histo-Pathológico
Sintomas e Sinais Principais		

TRATAMENTO			
TIPO	TERAPÉUTICA	OPERAÇÃO	EFICÁCIA
☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirúrgico ☐ Médico Cirúrgico		Principal	☒ Eficaz ☐ Ineficaz ☐ Prejudicial ☐ Não Avaliado
		Acessórios	
DURAÇÃO			
Data da Internação	Data da Alta	Data de Hospitalização	

ALTA		
CONDIÇÕES	TIPO	ÓBITO
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Estacionado ☐ Outros*	☒ Decisão Médica ☐ A Pedido ☐ Por Indisciplina ☒ Para Tratamento Ambulatório ☐ Transferência p/ outro Hospital ☐ Vale só p/ Diagnóstico ☐ Outros*	☐ S/Tratamento ☐ Decurso Tra. Clínico ☐ Operatório ☐ Pós-Operatório (12hs) ☐ Pós-Operatório (24 hs) ☐ Pós-Operatório (1ª Semana) ☐ Pós-Operatório (Até 40 dias) ☐ Outros*
*ESPECIFICAR AQUI	*ESPECIFICAR AQUI	* ESPECIFICAR AQUI *

24/09/98

Data

Dr. João Maurício
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 6567 / CRM-MA: 6372

Ass. do Médico