

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 9858905

MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO

AV SAO JOSE OPERARIO, 936 , 936

VILA JOAO PAULO

64100000 BARRAS

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
9889817	08/2018	13/07/2018 a 15/08/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
30	23/08/2018	R\$ 7,23

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
9889817	08/2018	R\$ 7,23

836500000002.072300170007.000000009886.981708180055



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO

CPF da Vítima

124.020.015-04

Data do Acidente

30/10/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

3679 8802-0276

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.

BARRAS-PJ 12 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001239/2018-40

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 12/09/2018 - 10:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE BARRAS

19/08/2018 - 01:00

Polícia Local

DELEGACIA PÚBLICA

Município

Bairro

BARRAS

OUTROS - ZONA RURAL

Interseção

LOCALIDADE FAU DARCO, Nº

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO

Tipo Envolv.: VITÍMA/Noticiante

CPF: 2642992 SSP PI

Mãe: MARIA DE LOURDES ARAÚJO

Endereço: RUA ORTÊNCIA LIRA, Nº 68

Bairro: FLORESTA

Cidade: BARRAS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

00484-49650

Caixa

YAMAHA POP100

2012 OED9683 SC2HE210CR473096

Condutor: FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO

CPF: 2642992 Órgão: SSP UF: RG: PI

Endereço: RUA ORTÊNCIA LIRA Número: 68 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: FLORESTA

Proprietário: FRANCISCA FERREIRA PASSOS LOPES

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

AFIRMA QUE DIA 19/08/2018, POR VOLTA DAS 01:00 HRS, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DA SENHORA FRANCISCA FERREIRA PASSOS LOPES, QUE SEGUIA SENDO TRANSPORTADA NA GARUPA, NA ESTRADA VICINAL DA LOCALIDADE FAU DARCO, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, QUANDO AO PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA DEVIDA A AREIA DA PISTA, O NOTICIANTE E FRANCISCA CAIRAM NO SOLO; QUE O NOTICIANTE MACHUCOU O OMBRO, MAS FRANCISCA NÃO TEVE NADA; QUE FOI SOCORRIDO POR PESSOAS QUE PASSARAM PELO LOCAL ATÉ O HOSPITAL DE BARRAS - PI; QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE PIRIPIRI - PI, ONDE FOI CONSTATADA UMA FRATURA PROXIMO AO OMBRO E O NOTICIANTE PASSOU POR CIRURGIAS; QUE FICOU 02 DIAS INTERNADO; QUE DECLARA NÃO POSSUIR CARTEIRA DE HABILITAÇÃO PARA CONDUÇÃO DE MOTOCICLETA OU OUTRO VEÍCULO AUTOMOTOR

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2861941
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Ferreira de Araújo
FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO - Noticiante
Responsável pela Informação



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

685 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001239/2018-40

Delegado de Polícia

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

106495

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001239/2018-40

Local de Registro: DQ DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 12/09/2018 - 19:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

19/08/2018 - 01:00

Endereço

Local

Cidade

Estado

Bairro

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Telefone

Endereço Postal, Darcy, Nº

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nº: FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO

Tipos Envol: VITIMA/Noticiante

CPF: 000.000.000-00

Nome Completo: GONDES ARAÚJO

Endereço: RUA PORTENÇA LIRA Nº 68

Cidade: BARRAS

Estado: PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza da Ocorrência

Acidente de trânsito - acidente no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
Modelo: KIP100	2012	OED9683	9C2HE210CR473995	004B4149550	Roxa
Proprietário: FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO					
Endereço: Rua Portença Lira, Nº 68, Complemento:					
BARRAS - UF: PI Bairro: FLORESTA					
Proprietário: FRANCISCA FERREIRA PASSOS LOPES					
Endereço: BARRAS - UF: PI Bairro:					

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE EM DIA 19/08/2018 POR VOLTA DAS 01:00 HRS, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DA SENHORA FRANCISCA FERREIRA PASSOS LOPES, QUE SEGUIA SENDO TRANSPORTADA NA GARUPA, NA ESTRADA VICINAL DA RUA DALE PAU DARCO, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, QUANDO AO PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA DEVIDA A FALHA NA PISTA, O NOTICIANTE E FRANCISCA CAIRAM NO SOLO; QUE O NOTICIANTE MACHUCOU O OMBRO, MAS FRANCISCA NÃO TEVE NADA; QUE FOI SOCORRIDO POR PESSOAS QUE PASSARAM PELO LOCAL, ATÉ O HOSPITAL DE BARRAS - PI, QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE PIRIPIRI - PI, ONDE FOI CONSTATADA UMA FRATURA PRÓXIMO AO OMBRO E O NOTICIANTE PASSOU POR CIRURGIA, QUE FICOU 02 DIAS INTERNADO, QUE DECLARA QUE NÃO TEM CARTEIRA DE HABILITAÇÃO PARA CONDUÇÃO DE MOTOCICLETA OU OUTRO VEÍCULO AUTOMOTOR.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2861941
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Ferreira de Araújo
FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO - Noticiante
Responsável pela Informação

.....
.....
.....

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

1:56 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001239/2018-40

Delegado de Polícia

.....

6
.

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 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 AS: _____ CPF da Vítima: **194.030.075-04** Nome completo da vítima: **Françisco Ferreira de Araújo**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO** CPF titular da conta: **194.030.075-04** Profissão: _____
Endereço: **RUA MORTENCIO PEREIRA LIRA** Número: **68** Complemento: _____
Bairro: **FLORESTA** Cidade: **BARRAS** Estado: **PIAUÍ** CEP: **64100-000**
E-mail: _____ Telefone (011): _____

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

☒ R\$ 0,00 até R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 até R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.000,00 até R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.000,00 até R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 até R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 6.000,00 até R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.000,00 até R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 8.000,00 até R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 9.000,00 até R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ PARANÁ (231) ☒ BANCO DO BRASIL (201) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos):

BANCO: _____ Agência: _____ Nº da conta: _____

AGÊNCIA: **2844** Nº da conta: **4** Agência: **17.719** Nº da conta: **9**

Informe dígito de controle: _____ Informe dígito de controle: _____

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.

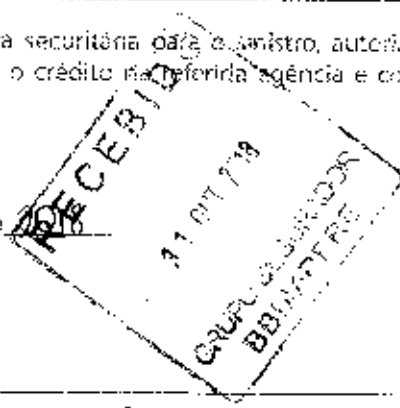
Barras-Pi, 16 de Outubro de 2018

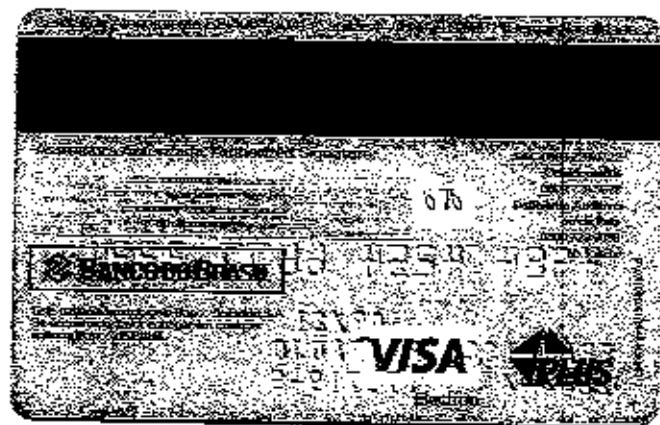
Lugar e Data

Françisco Ferreira de Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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 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 AS: _____ CPF da Vítima: **194.030.075-04** Nome completo da vítima: **Franco Ferreira de Araújo**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO** CPF titular da conta: **194.030.075-04** Profissão: _____
Endereço: **RUA MORTENCIO PEREIRA LIRA** Número: **68** Complemento: _____
Bairro: **FLORESTA** Cidade: **BARRAS** Estado: **PIAUÍ** CEP: **64100-000**
E-mail: _____ Telefone (011): _____

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

☒ R\$ 0,00 até R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 até R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.000,00 até R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.000,00 até R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 até R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 6.000,00 até R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.000,00 até R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 8.000,00 até R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 9.000,00 até R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ PARANÁ (231) ☒ BANCO DO BRASIL (201) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos):
BANCO: _____ Agência: _____ Nº da conta: _____

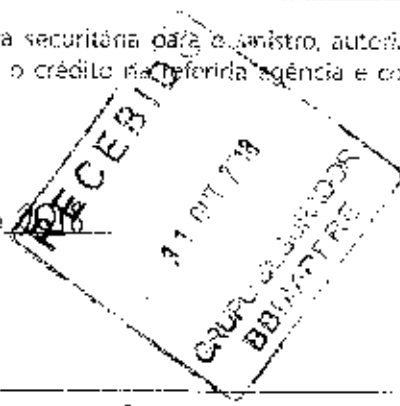
AGÊNCIA: **2844** DDD: **4** CONTA: **17.719** Nº da conta: **9**
Informe dígito de controle: _____ Informe dígito de controle: _____

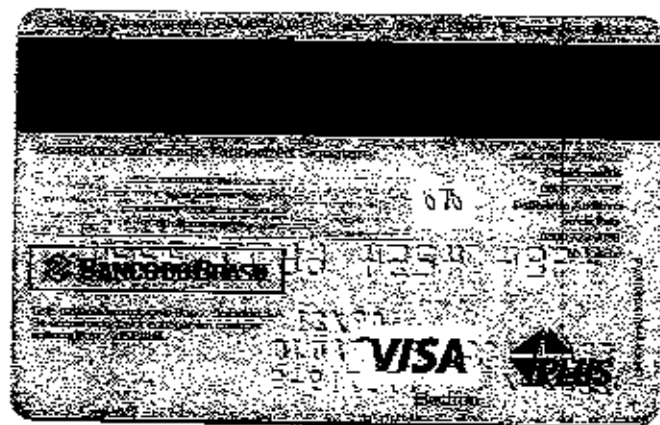
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Barras-Pi, 16 de Outubro de 2018
Local e Data

Franco Ferreira de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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 obrigatória 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").

Numero do Sinistro ou ASI: _____ CPF da Vítima: 394.030.035-04 Nome completo da vítima: FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO</u>		CPF titular da conta <u>394.030.035-04</u>	Profissão
Endereço <u>RUA HORTENCIO PEREIRA LIRA</u>		Número <u>018</u>	Complemento
Bairro <u>BOA VISTA</u>	Cidade <u>BARRAS</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64100-000</u>
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 POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRG 2844 D/V 4 CONTA
NRG 17.719 D/V 9
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRG _____
AGÊNCIA
NRG _____ D/V _____ CONTA
NRG _____ D/V _____
(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.

BARRAS-PI, 12 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Francisco Ferreira de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

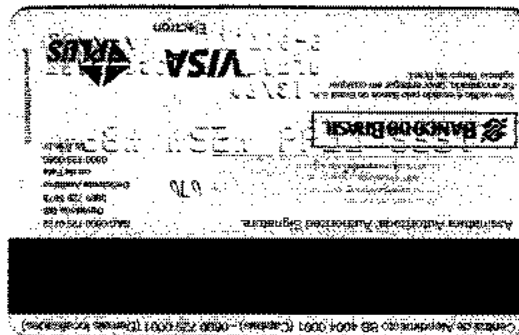
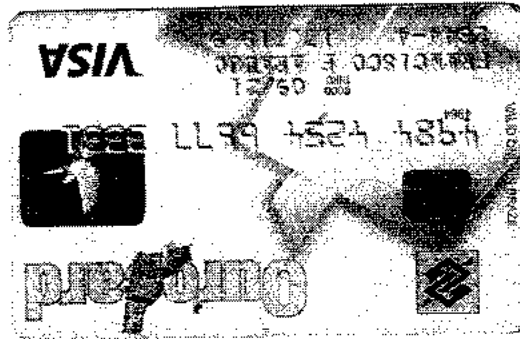
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

.....

.....

.....

.....



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO
Nº Sinistro: 3180458713
Vitima: FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO
Data do Acidente: 19/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180458713**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13446786



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180458713

Vitima: FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180458713**.

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 13445101



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02844-4

CONTA: 000010017719-0

Nr. da Autenticação B9355F193973672F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180458713 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO À ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL DO OMBRO À ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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 0221205 (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/biblioteca/web/doc/original.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 Marcos Vinicius da Conceição inscrito (a) no CPF/CNPJ 006.134.933 / 94, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Imaculada Vinicius de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 194.030.075 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Imaculada Vinicius de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 194.030.075 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recurso

☒ 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		Número	Complemento
<u>AVENIDA SÃO JOSÉ OPERARIO</u>		<u>936</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>VILA JOÃO PAULO</u>	<u>Bomus</u>	<u>83</u>	<u>64300-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

Bomus - RJ, 13 de setembro de 2019
Local e Data

Marcos Vinicius da Conceição
Assinatura do Declarante