



Número: **0828521-46.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/06/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANANIAS FRANCISCO DE MELO (AUTOR)		LIDIANI MARTINS NUNES (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37621588	09/12/2020 12:08	2755121_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANANIAS FRANCISCO DE MELO**

Nº Sinistro: **3180327599**

Vítima: **ANANIAS FRANCISCO DE MELO**

Data do Acidente: **27/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180327599**.

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 13134598

Pag. 01487/01488 - carta_01 - INVALIDEZ

00020744



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANANIAS FRANCISCO DE MELO**

Nº Sinistro: **3180327599**

Vítima: **ANANIAS FRANCISCO DE MELO**

Data do Acidente: **27/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180327599**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Pag. 00339/0340 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13139873





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, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180327599

Vítima: ANANIAS FRANCISCO DE MELO

Data do Acidente: 27/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANANIAS FRANCISCO DE MELO

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

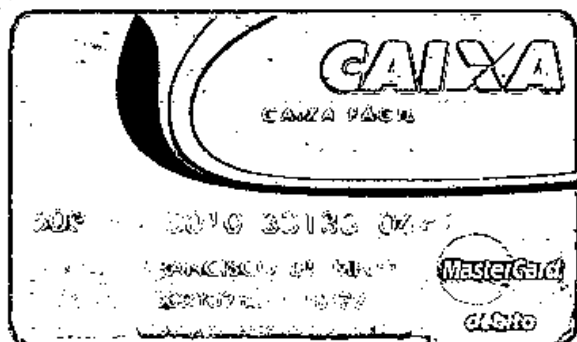
Estamos aqui para Você

Pag. 01305/01306 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 13833108





DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional
6ª Delegacia Seccional
Delegacia da Comarca de Conde/PB



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº: 690/2017**

Boletim de ocorrência



Aos (05) de junho de 2017, nesta cidade, na delegacia do Conde -PB, onde presente encontrava o(a) Exmo(a) **HECTOR NUNES AZEVEDO**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de seu cargo, por volta das 11:30min;

COMUNICANTE: ANANIAS FRANCISCO DE MELO
CPF: 032.332.714-17 **RG: 4.201.095 SSP/PB**
NACIONALIDADE: Brasileira **NATURALIDADE: Recife/PE**
ESTADO CIVIL: solteiro
DATA DE NASCIMENTO: 05/09/1980 **PROFISSÃO: Auxiliar de Serviços Gerais**
FILIAÇÃO: José Francisco de Melo e Genelicia Maria de Melo
ENDEREÇO: Assentamento dona Antonia, S/N, Quadra A, Lote 07, Jacumã, Conde/PB.
TELEFONE: 83 9 87594711

OCORRÊNCIA: AFIRMA O NOTICIANTE que na data de 27/12/2016, por volta das 16:30h da tarde estava trafegando com a sua **MOTOCICLETA**, uma **HONDA CG/160 FAN ESDI, PLACA PCE0380/PE, ANO/FAB 2015/2016, CHASSI 9C2KC2200GR100455, COR VERMELHA** na avenida principal da localidade de Jacumã, próximo à invasão Capadócia numa curva. Que no momento do fato um carro desconhecido vinha em direção oposta ao motociclista e bateu no mesmo, fazendo com que o Sr **ANANIAS FRANCISCO** freasse sem sucesso, onde a sua moto levantou a traseira vindo a cair por cima do mesmo que foi ao solo. Que o Sr **ANANIAS** ficou inconsciente e foi socorrido por particulares para o Ortopedia, mais conhecido como Trauminha do Bairro da Mangabeira em João Pessoa/PB, onde foi encaminhado para o **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA HUMBERTO LUCENA**, dando entrada no mesmo dia 27/12/2016, às 20:37h com diagnóstico de **HEMORRAGIA EXTRADURAL PARIETAL E TRAUMATISMO MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS**. Que o noticiante ficou internado e realizou procedimento cirúrgico, tendo alta hospitalar no dia 08/01/2017. Que o notificante veio a esta delegacia no dia 18/09/2017, retificar a data do acidente, onde declarou que a data foi 27/12/2016 CIENTE DAS SANÇÕES PENAS CIVIS E CRIMINAIS ÀS QUAIS ESTARÁ SUJEITO QUANTO AO QUE AQUI DECLAROU NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR..

Conde, 18 de setembro de 2017.

Notificante: Ananias Francisco de Melo

POLICIAL CIVIL: Ivã da Silva Paula Junior
MAT. 182.276-4

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 156, Conde/PB, FONE: (83) 32982265
www.policiacivil.pb.gov.br

SEMPRODIA LIBER IMPRIMIR 072 13-JUL-2018 10:45 485942 1/1





gloriosa 8. APMK diminuída em 10%
 normal 100mm. AL R21 com agn
 Antico FC 120 bpm RA 70/40 mmHg
 Abdom plano, p/vee n/vee

Data e hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

comoluto. 1 Ringer Lactato 2000 ml em

21 de 4 l/min

3) Diamorfol 15mg

4) Fentanyl 3cc

5) Tot N. 8

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

6) de m/vee

Qtde | Medicamentos

Dose | Horário | Evolução

Soluto

1) 10 cc Ringer
 2) " 100cc m/vee
 3) " 10cc
 4) 1.5 ml Abdom

Eduardo Jorge de Deus
 Cirurgião Geral
 CRM 6181

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

6) Preenchimento de Neuroanestesia

TIPO DO PACIENTE

Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
 [] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Vanessa S. Oliveira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

0301062261



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Ananias Francisco de Melo, portador da carteira de identidade nº 4.801.095 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032332214-12, residente e domiciliado na Assentamento Dona Antonia A.P.7, Cidade Ituma, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Ananias Francisco de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J.P. 08-05-2018

Local e data

9800471

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Arnanias Francisco de Melo

RG nº 4201.095, data de expedição 25/10/2013 Órgão SSLPB

CPF nº 032332714-17, 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 Assentamento Dona Atonia</u>
Número	<u>av. do slw</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Salvador</u>
Estado	
CEP	<u>58322-000</u>
Telefone de Contato	<u>98659-6620 - 98759-4722</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SP. 08-05-2018

Assinatura do Declarante: Arnanias Francisco de Melo

889800413



MARIA CRISTINA RODRIGUES SANTO
ASSIST. DONA ANTONIA, S/N/O AL. 07 - JACUMÁ
COND. / PB CEP: 58322000 (AG: 1)

ENERGISA MARA DO SUL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Distrito Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
Roteiro: 12 - 21 - 511 - 1600 Referência: Fev/2017
NF Medidor: 0000159827 Emissão: 18/02/2017

ENERGISA
CNPJ 03.066.192/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.021.857
Código para Débito Automático: 00010700879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1020093-9

Fev / 2017

Canal de contato

Apresentação

18/02/2017

Data prevista da próxima leitura

21/03/2017

CPF/CNPJ/RANI

124 1039

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Outs
Data: 18/01/17 915	Data: 18/02/17 977		182	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	182	0,22616	41,06
Subsídio			21,40
PS			0,83
COFINS			3,82
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,47
JUROS DE MORA 01/2017			0,00
MULTA 01/2017			1,14
Devolução Subsídio			-21,40

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/17	70
Dez/16	126
Nov/16	159
Out/16	161
Set/16	182
Ago/16	187
Jul/16	156
Jun/16	152
Mai/16	105
Abr/16	152
Mar/16	179
Fev/16	188

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00
IR	75,97	1,0950
COF	75,97	5,0200

VENCIMENTO
23/03/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 64,20

6607.23bb.59d0.a2d7.d718.0fc0.2ae7.91db.

Indicadores de Qualidade 2016 - Geral

Unidades ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
QCM MENSAL	0,97	
QCM TRIMESTRAL	10,24	
QCM ANUAL	27,49	
QCM MENSAL	2,73	
QCM TRIMESTRAL	7,47	
QCM ANUAL	14,25	
QCM MENSAL	3,97	
QCM TRIMESTRAL	12,27	

Comparativo Anual 2016 - Geral

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia	18,59	29,09
Serviço de Transmissão	22,18	34,56
Serviço de Fornecimento	1,30	2,02
Encargos Especiais	7,45	11,60
Impostos, Oneros e Encargos	14,26	22,24
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	64,20	100,00

ATENÇÃO

Subvenção DEC 1 681/13 R\$ 21,40
Receita ICMS



Documentação médica - hospitalar



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ANANIAS FRANCISCO DE MELO
DATA DE NASCIMENTO 05/09/80
NOME DA MÃE GENELICIA MARIA DE MELO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 970.408
Nº PRONTUÁRIO 99.485
DATA DO ATENDIMENTO 27/12/2016
HORA DO ATENDIMENTO 20:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) HEMORRAGIA EXTRADURAL PARIETAL E + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 S 06.4 + T 07

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), encaminhado do Ortopedia e com intubação oro-traqueal, apresentando TCE e rebaixamento do nível de consciência. Glasgow 4. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio e subsequentes
TC da coluna cervical
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Hemorragia extradural parietal E à TC do crânio. Sem alteração à TC cervical, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Alécio Barcelos e Dr. George Mendes. Obteve suporte da Terapia Intensiva.

ALTA HOSPITALAR: 08/01/17
DATA DA EMISSÃO: 15/05/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO - R. H. 2514
CRM: 2514

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





CERTIDÃO

Nº. 1231/2017

Atendendo solicitação de **ANANIAS FRANCISCO DE MELO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento nº 917100 pertencentes ao requerente, que foi atendido dia 27/12/2016 às 17H52min, vítima de queda de moto, apresentando múltiplas escoriações.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e liberado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à Saúde, assino a presente certidão.

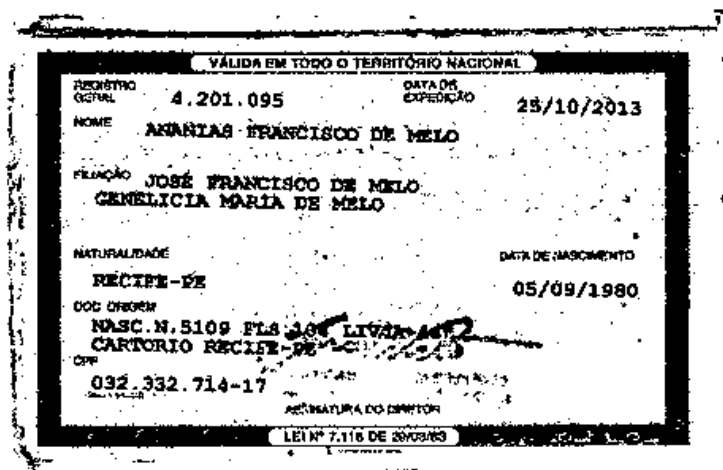
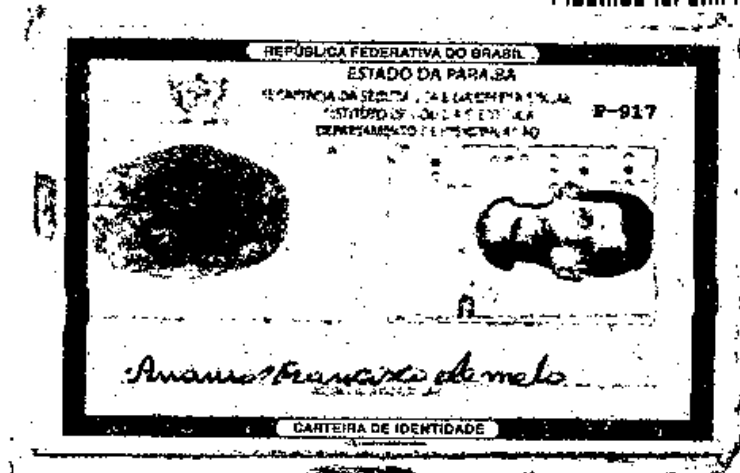
João Pessoa, 29 de agosto de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Documentos de Identificação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259827/18
Vítima: ANANIAS FRANCISCO DE MELO
CPF: 032.332.714-17

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/12/2016
Titular do CPF: ANANIAS FRANCISCO DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ANANIAS FRANCISCO DE MELO : 032.332.714-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 cancela 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: 13/07/2018
Nome: ANANIAS FRANCISCO DE MELO
CPF/CNPJ: 032.332.714-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2018
Nome: ROZIMERE CARDOSO MOREIRA VILLAR RUMIE
CPF: 900.783.907-10

ANANIAS FRANCISCO DE MELO

ROZIMERE CARDOSO MOREIRA VILLAR RUMIE



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ANAÍTES PRAPASSO DE MELO

DATA DO ACIDENTE 23/12/2018 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 03233271413

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 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 Incapacidade 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 (frechos 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 COMPANHHEIRO (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 COMPANHHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)**
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Condicação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- 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)
- 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) ANAÍTES PRAPASSO DE MELO

Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal – CPF do portador

E-mail assuncao@lancer.com.br Tel. 032 9835949

Data 09/01/2018 Assinatura Assunção Lancer

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC 15541001 10300011
Atendente LEILY LOPES FL 22201001 848031-7
Data 09/01/2018 Assinatura LEILY LOPES 848031-7

De: José Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

