

# 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: 09/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA MORAES SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000078734-6

---

Nr. da Autenticação D355BCA34C7522A1

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 729.598.863-72 Nome completo da vítima: FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

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

Nome completo: EMANUELLY MORAES SILVA CPF: \_\_\_\_\_

Profissão: RECEBE Endereço: RUA ANTONIO INACIO DE LOIOLA Q. I, C-02 Número: \_\_\_\_\_ Complemento: CONJUNTO

Bairro: GOARÉ NOVA Cidade: CAMPOMAIOR Estado: PI CEP: 64.280.000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

## RENTA MENSAL:

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0616 CONTA: 78734 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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. 3º, §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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 02.08.2018

Grau de Parentesco com a vítima: FILHA Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: MARIA JOSE VIGUEIRA

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 05 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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.

Local e Data: Campo Maior-PI, 25.02.2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VIGUEIRA  
CPF: 434.470.263-15

Maria Celma de Macedo Vigueira  
Assinatura

2ª | Nome: ANTONIO FRANCISCO ADALDO CHAVES  
CPF: 152.507.093-10

Antonio Francisco Adalberto Chaves  
Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# 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: 09/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICTOR FERNANDO VISGUEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000117969-2

---

Nr. da Autenticação 1A2E1252C17F3304

# 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: 09/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDRIANA MARIA DA CONCEICAO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000117960-9

---

Nr. da Autenticação 7E17449BC262FAEA

# 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: 09/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALA BEATRIZ ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000118020-8

---

Nr. da Autenticação D05BA9D168334397

# 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: 09/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE VISGUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000024486-1

---

Nr. da Autenticação 9AA8C1041108845C

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	729.598.863-72	FRANCISCO FERNANDES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
VICTOR FERNANDO VISQUEIRA DA SILVA	050.241.253-47	
Profissão:	Endereço:	Número:
ESTUDANTE	CONJUNTO JOSE DE ALMEIDA, CS 002 Qd. C	-
Bairro:	Cidade:	Estado:
SHS LUIS	Campo maior	PI
E-mail:	CEP:	Telex (DDD):
	64.280.000	(86) 999523722

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

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0616	CONTA: 117969	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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.

## 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. 3º, §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

Estado civil da vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:	02.08.2018
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
FILHO	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	MARIA JOSE VISQUEIRA	
Vítima teve filhos?	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	Vítima deixou pais/avós vivos?
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vivos: 05 Falecidos: 00	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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.

Local e Data, Campo maior-PI, 25.02.2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Victor Fernando Visqueira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VISQUEIRA

CPF: 439.470.263-15

Maria Celma de Macedo Visqueira

Assinatura

2ª Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES

CPF: 152.507.093-20

Antonio Francisco Araujo Chaves

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

11 ABR 2019

DPVAT



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

729.598.863-72

Nome completo da vítima:

FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

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

Nome completo:

WENNDY RAFAELLA FERNANDES DA SILVA

CPF:

Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

RUA MARIA CONSTANCIA DE OLIVEIRA

Número:

1725

Complemento:

CASA

Bairro:

VISGUEIRÃO

Cidade:

JUAZEIRO DO PIAUÍ

Estado:

PI

CEP:

64343-000

E-mail:

TEL (DDD):

(86) 999523722

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

**RENDA MENSAL:**

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0616

CONTA:

117960 9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

**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. 3º, §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**

Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

02-08-2018

Grau de Parentesco com a vítima:

FILHA

Vítima deixou companheiro(a):

☒ Sim

☐ Não

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

MARIA JOSE VISGUEIRA

Vítima teve filhos?

☒ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: 05

Falecidos: 00

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☒ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☒ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Local e Data:

JUAZEIRO DO PIAUÍ - PI, 25 DE FEVEREIRO DE 2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edriana maris da concição silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VISGUEIRA

CPF: 439.470.263-15

Maria Celma de Macedo Visgueira

Assinatura

2ª | Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CRAVES

CPF: 152.507.093-10

Antonio Francisco Araujo Craves

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 729.598.863-72 Nome completo da vítima: FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

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

Nome completo: ITALA BEATRIZ ALVES DA SILVA CPF: 071.976.713-02  
Profissão: ESTUDANTE Endereço: RUA TRINTA E DOIS Número: 48 Complemento: CASA  
Bairro: PARQUE DAS ESTRELAS Cidade: CAMPO MAIOR Estado: PI CEP: 64.280.000  
E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0616 CONTA: 1180207  
(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.

## 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. 3º, §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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 02.08.2018  
Grau de Parentesco com a vítima: FILHA Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: MARIA JOSE VISQUEIRA  
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: 05 Falecidos: 00 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: CAMPO MAIOR-PI, 25.02.2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Itala Beatriz Alves da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VISQUEIRA  
CPF: 439.470.263-15  
Maria Celma de Macedo Visqueira  
Assinatura

2ª | Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES  
CPF: 150.507.093-20  
Antonio Francisco Araujo Chaves  
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

CPF da vítima: 729.598.863-70 Nome completo da vítima: FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

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

Nome completo: MARIA JOSE VIZQUEIRA CPF: 412.414.953-00

Profissão: PROFESSORA Endereço: CONJUNTO JOSE DE ALMEIDA C-02 Q-C Número: CONJUNTO

SÃO LUIS Cidade: CAMPO MAIOR Estado: PI CEP: 64.280.000

Tel.(DDD):

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

RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 244861

(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, ou, se não tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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.

Com o 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 do prejuízo decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 02.08.2018

Grupo de Parentesco com a vítima: COMPANHEIRO Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: MARIA JOSE VIZQUEIRA

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 05 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a 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.

Local e Data: CAMPO MAIOR-PI, 25.02.2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria José Vizqueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VIZQUEIRA

CPF: 434.470.263-15

Maria Celma de Macedo Vizqueira

Assinatura

2ª Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES

CPF: 484.480.152.507-043-10

Antonio Francisco Araujo Chaves

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 729.598.863-72 Nome completo da vítima: FRANCO FERNANDES DA SILVA

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO Nº 445/2012  
Nome completo: LUIS EDUARDO VIZQUEIRA DA SILVA CPF: 050.390.403-18  
Profissão: ESTUDANTE Endereço: CONTUNTO JOSE DE ALMEIDA C. 002 - R. C. Número: \_\_\_\_\_ Complemento: CONTUNTO  
Bairro: SAO LUIS Cidade: CAMPOMAIOR Estado: PI CEP: 64.280.000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDAMENTO MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGÊNCIA: 0616 CONTA: 24486 L

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.

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 assinhalo 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 acidente.

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 a Lei 6.194/74, art. 3º, §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.

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 02.08.2018  
Grau de Parentesco com a vítima: FILHO Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: MARIA JOSE VIZQUEIRA  
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 05 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou, ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer promessa 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: CAMPOMAIOR-PI, 25.02.2019  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Maria Jose Vizqueira  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:  
1ª | Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VIZQUEIRA  
CPF: 939.470.263-15  
Maria Celma de Macedo Vizqueira  
Assinatura  
2ª | Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES  
CPF: 132.507.093-20  
Antonio Francisco Araujo Chaves  
Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**



NOME  
**EMANUELLY MORAES SILVA**

MATRÍCULA  
148338 01 55 2018 1 00068 282 0071082- 12

(LIVRO A: 68 TERMO: 71082 FOLHA: 282)

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA MÊS ANO

TRÊS DO MÊS DE MARÇO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSETE

03 03 2017

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

17:00 CAMPO MAIOR-PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

CAMPO MAIOR-PI

MATERNIDADE SIGEFREDO PACHECO

FEMININO

FILIAÇÃO

MARIA MORAES SILVA  
FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

AVÓS

MARIA RAIMUNDA MORAES SILVA  
RAIMUNDO VIANA SILVA  
MARIA DAS GRAÇAS DA CONCEIÇÃO

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO SEM INFORMAÇÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

QUATORZE DO MÊS DE MARÇO DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO

30697493948

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

SEM INFORMAÇÃO

NOME DO OFÍCIO: OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): JOÃO BATISTA NUNES DE SOUSA

MUNICÍPIO: CAMPO MAIOR-PI

ENDEREÇO: RUA SIQUEIRA CAMPOS Nº 372 CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Data e local: CAMPO MAIOR, PI, 14 de março de 2018.

Assinatura do Oficial

Ana Célia Martins Ribeiro Araújo  
Tabeliã Substituta Interina



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

11 ABR 2019

DPVAT

ADENDIÇÃO Nº 004155311 BRP





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME  
FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

CPF  
729.598.863-72

MATRÍCULA  
**148338 01 55 2018 4 00016 263 0013523- 41**  
(LIVRO C: 16 TERMO: 13523 FOLHA: 263)

SEXO: MASCULINO COR: PARDADA ESTADO CIVIL E IDADE: SOLTEIRO, 45 ANOS

NATURALIDADE: BARRAS-PI DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: RG: 1241957 SSP-PI ELEITOR: SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA:  
FILIAÇÃO: MARIA DAS GRAÇAS DA CONCEIÇÃO  
RESIDÊNCIA: CONJUNTO JOSÉ ALMEIDA QUADRA C CASA 02, BAIRRO SÃO LUIS, CAMPO MAIOR-PI

DATA E HORA DE FALECIMENTO: DOIS DO MÊS DE AGOSTO DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 03:00 DIA: 02 MÊS: 08 ANO: 2018

LOCAL DE FALECIMENTO: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, TERESINA-PI

CAUSA DA MORTE: CHOQUE HIPOVOLÊMICO, POLITRAUMATISMO, AÇÃO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido): CEMITERIO DO BAIRRO CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI DECLARANTE: MARIA JOSÉ VISGUEIRA

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO: JOAO LISBOA DE FLORES FILHO - 1461-PI

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEM: SEM INFORMAÇÃO

ANOTAÇÕES DE CADASTRO				
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	RG: 1241957		SSP PI	

\*As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

NOME DO OFÍCIO: OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL

OFICIAL

REGISTRADOR: JUCIARA FERRAZ LIMA

MUNICÍPIO/UF: CAMPO MAIOR-PI

ENDEREÇO: AVENIDA JOSÉ PAULINO Nº 904 CENTRO

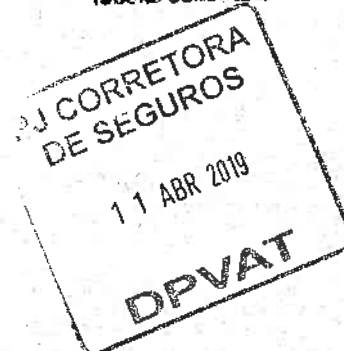
TELEFONE: (86)3252-1760 (86)99979-5317

E-MAIL:

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Data e local: CAMPO MAIOR, PI, 09 de Agosto de 2018.

Assinatura de Oficial

CARTÓRIO EXTRA JUDICIAL  
DE CAMPO MAIOR-PI  
Liliane Kelly Martins Feres  
Tabelão Substituta



ARPENBRASIL AA 005892707 BRP



REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponte de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indicadores de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	01 - Pedestre 02 - Condutor 03 - Passageiro 04 - Ignorado 05 - A pé 06 - Ônibus/Micro-ônibus 07 - Automóvel 08 - Motocicleta 09 - Bicicleta 10 - Outro 11 - Ignorado 12 - Automóvel 13 - Motocicleta 14 - Ônibus/Micro-ônibus 15 - Bicicleta 16 - Objeto fixo 17 - Animal 18 - Outra 19 - Ignorado 20 - Capacete 21 - Cinto de segurança 22 - Assento para criança				
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	01 - ABERTURA OCULAR 02 - Espontânea 03 - A voz 04 - À dor 05 - Nenhuma 06 - Orientada 07 - Confusa 08 - Palavras inapropriadas 09 - Palavras incompreensíveis 10 - Nenhuma 11 - Obedece a comandos 12 - Localiza dor 13 - Movimento de retirada 14 - Flexão anormal 15 - Extensão anormal 16 - Nenhum				
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sinais vitais	25 Local da lesão	
	01 - iguais 02 - Desiguais 03 - Radial 04 - Central 05 - Cheio 06 - Fino 07 - Ausente 08 - Sem dor 09 - Fratura 10 - Escala de dor de 0 a 10 11 - Local da lesão				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Sinais vitais		
	01 - Aspiração 02 - Oxigênio 03 - Curativos 04 - Francha longa/curta 05 - Colar cervical 06 - Krad 07 - Imobilização de extremidades 08 - Reanimação cardiopulmonar 09 - Assistência obstétrica 10 - Glicemia 11 - Acesso Venoso 12 - Medicamentos a) 13 - Medicamentos b) 14 - Medicamentos c)				
Hospital de Destino	33 Hospital de Destino		34 Condições de entrada		
	01 - Melhorado 02 - Piorando 03 - Inalterado 04 - Óbito 05 - Antes do socorro 06 - Antes do transporte 07 - Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	36 Responsável pela recepção				



# HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO,  
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642  
(86) 3252-4546 (86) 3252-1372

## Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0193051  
Data: 01/08/2018  
Funcionario: DEUSIVANE

Registro: 75646  
Hora: 16:30:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO  
**SUS**

Senha 69

### FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

Nasc: 22/06/1973 Idade: 45 ANOS, 2 MESES, 9 DIAS Profissão:

End: JOSE DE ALMEIDA QU-C, 2

Bairro: SAO LUIS

Cor: PARDA

Telefone: (86) 9948-65576

Mãe: MARIA DAS GRACAS DA CONCEICAO

Civil:

CEP: 64280-000

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Pat:

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

### Procedimentos

0301060118 ACOHLIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

### História Clínica/Exame físico:

Hora:

☐ Internação

### Exames Complementares:

### Diagnostico provavel:

### Prescrição Médica:

17:00 - 18:00 mmHg

Téc. em Enfermagem  
COREN-PI 322.297

Oswânia Nolasco  
Téc. em Enfermagem  
COREN-PI 248.544

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

11 ABR 2019

DPVAT

### Anotações da Classificação de Risco

#### Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: CLIENTE VEIO COM O SANGUE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO COLISSO COM MOTOCICLETA E AUTOMVEL COM CORTE EM COIRO CABELUÇO, ALGIA EM COSTELA LADO D

#### Alergias: NEGA

PA: 0 mmHg

FC: 0 bpm

#### Observação:

#### Conduita:

#### Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

#### Destino:

FRANCISCO FERNANDES DA SILVA  
Paciente ou Responsável

288112 - EMANUELA DE OLIVEIRA SOUSA  
Enfermeira Responsável

Hora:

Flaustson Lopes  
MÉDICO  
CRM-PI 1113

1113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA  
Médico Responsável



Presente Antipa f. frutescens com topos  
flor (colúmbio entre potúe loto e  
a to loto), com hipotenúe loto, com  
sufocoso profuso, frutificado de loto loto, e

[illegible][illegible]

25. 1. *B. b.* *B. b.* *b. b.* *b. b.* - 25A. PA. 100x10 mm. 11  
26. 2. 36x, R. 45 mm, FC. 118 ppm

[illegible]

Transferido para UNIT  
de ~~Atendimento~~ ; Transferido  
para SPAN - Camp para 12

Dr. Elenilson Lages  
MEDICO  
CRM 4121

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

11 ABR 2019

DPVAT





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ-SESAPI  
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO

PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL.  
PEDIDOS INCOMPLETOS NÃO SERÃO  
ATENDIDOS

COLITA DA AMOSTRA PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

DATA: / / HORA: RESPONSÁVEL:  
RECEBIMENTO DA REQUISIÇÃO E DA AMOSTRA:  
DATA: / / HORA: RESPONSÁVEL:

HOSPITAL:

Nº DO CARTÃO DO SUS:

ENDEREÇO DO PACIENTE (Rua, nº, Bairro, Cidade/UF):

MUNICÍPIO:

RECEPTOR / PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

COR:

SEXO: M ☐ F ☐

PISO:

kg

NOME DA MÃE:

☐ ANEXIMARIA ☐ AP ☐ LEITO:

PRONTUÁRIO:

CONVÊNIO:

AMBULATORIO: ☐ HOSPITAL: ☐

INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO / DIAGNÓSTICO:

TRANSFUSÃO PREVIA: SIM ☐ NÃO ☒ DATA:

REACÇÃO TRANSFUSIONAL: SIM ☐ NÃO ☒ TIPO:

HISTÓRIA DE GESTAÇÃO: G P A

MEDICAMENTOS: PENICILINA ☐ METILDOPA ☐ OUTROS:

EXAMES: Hb: % Hct: g/dl Plaquetas /mm<sup>3</sup> TP: TTPA: Fibrinogênio:

TIPO DE TRANSFUSÃO: PROGRAMADA ☒

ROTINA ☐

URGÊNCIA ☐

EMERGÊNCIA ☒

HEMOCOMPONENTE SOLICITADO	QUANT.	VOLUME	HEMODERIVADOS	DOSE	INTERVALO	DESCRIÇÃO
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	02	100	CONC. FATOR VIII			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS			CONC. FATOR VII/RECOMBINANTE			
PLASMA FRESCO CONGELADO			CONC. DE FATOR IX			
CRIOPRECIPITADO			CCPA			
GETROS			FATOR VI			
SANGRIA TERAPÊUTICA			OUTROS			

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO / LEGÍVEL

CRM / CFP

DATA:

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

11 ABR 2019

DPVAT

BOLSAS DE HEMOCOMPONENTES DISTRIBUIDAS / TRANSFUNDIDAS

HEMOCOMP.	Nº BOLSA	ABO / RH	VOLUME	PROVA CRUZADA	TRANSFUNDIDA
					SI
CH 7	01221906-0018	B+	250ml	( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
CH 7	01221906-0019	B+	250ml	( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
				( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
				( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
				( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
				( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
				( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
				( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
				( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
				( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	
				( ) COMPATÍVEL ( ) INCOMPATÍVEL ( ) NÃO REALIZADO	

TIPOLOGIA RECEPTOR (ABO / RH):

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (PAI):

IDENTIFICAÇÃO DO ANTICORPO IRREGULAR:

ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO:

LIBERAÇÃO:

RETRADA DO HEMOTE:

DATA: 01/02/18 HORA: 00:00

DATA: 06/04/18 HORA: 13:00

- Em caso de Pesquisa de Anticorpos Irregulares Positiva, os exames complementares necessários para identificação do(s) anticorpo(s) envolvido(s) estão descritos no verso da solicitação.
- Em caso de transfusão em recém nascidos deverá ser examinada amostra da mãe. No caso de impossibilidade de envio da amostra, preencher termo de responsabilidade médica no verso da requisição.
- Em caso de transfusão de emergência ou transfusão com prova cruzada incompatível, preencher termo de responsabilidade no verso.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	729.598.863-72	FRANCISCO FERNANDES DA SILVA
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
VICTOR FERNANDO VISQUEIRA DA SILVA	050.241.253-47	
Profissão:	Endereço:	Número:
ESTUDANTE	CONJUNTO JOSE DE ALMEIDA, CS 002 Qd. C	-
Bairro:	Cidade:	Estado:
SHS LUIS	Campo maior	PI
E-mail:	CEP:	Telex (DDD):
	64.280.000	(86) 999523722

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

**RENDA MENSAL:**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0616	CONTA: 117969	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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.

## 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. 3º, §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

Estado civil da vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:	02.08.2018
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
FILHO	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	MARIA JOSE VISQUEIRA	
Vítima teve filhos?	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vivos: 05 Falecidos: 00	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
		Vítima deixou pais/avós vivos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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.

Local e Data, Campo maior-PI, 25.02.2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Victor Fernando Visqueira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VISQUEIRA

CPF: 439.470.263-15

Maria Celma de Macedo Visqueira

Assinatura

2ª Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES

CPF: 152.507.093-20

Antonio Francisco Araujo Chaves

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

11 ABR 2019

DPVAT

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

729.598.863-72

Nome completo da vítima:

FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

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

Nome completo:

WENNDY RAFAELLA FERNANDES DA SILVA

CPF:

Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

RUA MARIA CONSTANCIA DE OLIVEIRA

Número:

1725

Complemento:

CASA

Bairro:

VISGUEIRÃO

Cidade:

JUAZEIRO DO PIAUÍ

Estado:

PI

CEP:

64343-000

E-mail:

TEL (DDD):

(86) 999523722

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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:

0616

CONTA:

117960 9

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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. 3º, §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

Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

02-08-2018

Grau de Parentesco com a vítima:

FILHA

Vítima deixou companheiro(a):

☒ Sim

☐ Não

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

MARIA JOSE VISGUEIRA

Vítima teve filhos?

☒ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

05

Falecidos:

00

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☒ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☒ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Local e Data, CAMPO MAIOR-PI, 25 DE FEVEREIRO DE 2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edriana maris da concição silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VISGUEIRA

CPF: 439.470.263-15

Maria Celma de Macedo Visgueira

Assinatura

2ª | Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CRAVES

CPF: 152.507.093-10

Antonio Francisco Araujo Craves

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 729.598.863-72 Nome completo da vítima: FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

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

Nome completo: ITALA BEATRIZ ALVES DA SILVA CPF: 071.976.713-02  
Profissão: ESTUDANTE Endereço: RUA TRINTA E DOIS Número: 48 Complemento: CASA  
Bairro: PARQUE DAS ESTRELAS Cidade: CAMPO MAIOR Estado: PI CEP: 64.280.000  
E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0616 CONTA: 1180207  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

## 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. 3º, §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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 02.08.2018  
Grau de Parentesco com a vítima: FILHA Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: MARIA JOSE VISQUEIRA  
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: 05 Falecidos: 00 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: CAMPO MAIOR-PI, 25.02.2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Itala Beatriz Alves da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VISQUEIRA  
CPF: 439.470.263-15  
Maria Celma de Macedo Visqueira  
Assinatura

2ª | Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES  
CPF: 150.507.093-20  
Antonio Francisco Araujo Chaves  
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

CPF da vítima: 729.598.863-70 Nome completo da vítima: FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

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

Nome completo: MARIA JOSE VIZQUEIRA CPF: 412.414.953-00

Profissão: PROFESSORA Endereço: CONJUNTO JOSE DE ALMEIDA C002 Q-C Número: CONJUNTO

SÃO LUIS Cidade: CAMPO MAIOR Estado: PI CEP: 64.280.000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 244861

(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 quando eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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.

Com o 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 do evento. Os eventuais decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 02.08.2018

Grupo de Parentesco com a vítima: COMPANHEIRO Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: MARIA JOSE VIZQUEIRA

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 05 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a 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.

Local e Data: CAMPO MAIOR-PI, 25.02.2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria José Vizqueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VIZQUEIRA

CPF: 434.470.263-15

Maria Celma de Macedo Vizqueira

Assinatura

2ª Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES

CPF: 484.480.152.507-043-10

Antonio Francisco Araujo Chaves

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 729.598.863-72 Nome completo da vítima: FRANCO FERNANDES DA SILVA

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO Nº 445/2012  
Nome completo: LUIS EDUARDO VIZQUEIRA DA SILVA CPF: 050.390.403-18  
Profissão: ESTUDANTE Endereço: CONTUNTO JOSE DE ALMEIDA C. 002 - R. C. Número: \_\_\_\_\_ Complemento: CONTUNTO  
Bairro: SAO LUIS Cidade: CAMPOMAIOR Estado: PI CEP: 64.280.000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGÊNCIA: 0616 CONTA: 24486 L

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.

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 assinhalo 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 acidente.

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 a Lei 6.194/74, art. 3º, §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.

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 02.08.2018  
Grau de Parentesco com a vítima: FILHO Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: MARIA JOSE VIZQUEIRA  
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 05 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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 promessa 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: CAMPOMAIOR-PI, 25.02.2019  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Maria Jose Vizqueira  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:  
1ª Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VIZQUEIRA  
CPF: 939.470.263-15  
Maria Celma de Macedo Vizqueira  
Assinatura  
2ª Nome: ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES  
CPF: 132.507.093-20  
Antonio Francisco Araujo Chaves  
Assinatura

---

**Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190271408**

**Vítima: FRANCISCO FERNANDES DA SILVA**

**Data do Acidente: 01/08/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA MORAES SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você