

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: 00000078734-6

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:	Nome completo da vítima:		
729.598.863-42		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: Reunor	Endereço: PRA ANTONIO INACIO DE LOiola Q. I, C-02	Número:	Complemento: CONJUNTO	
Bairro: Cidade NOVA	Cidade: CAMPO MAIOR	Estado: PI	CEP: 64280.000	Tel.(DDD):
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO 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 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 OPCIÃO 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: **78734 6**
 (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.

11 ABR 2019
PRETORIA
DE SEGURADORA
DPVAT

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: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **Maria Celma de Macedo Visqueira**
 Filha Sim Não 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Moraes Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

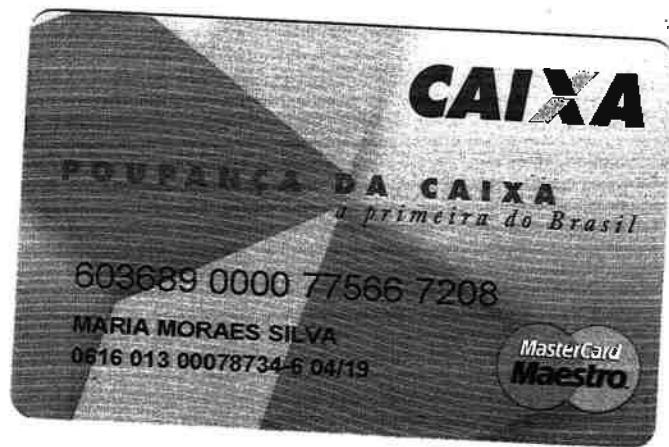
1º | Nome: **Maria Celma de Macedo Visqueira**
 CPF: **431.470.363-15**

Maria Celma de Macedo Visqueira
 Assinatura

2º | Nome: **ANTONIO FRANCISCO ARAUJO, CHAVES**
 CPF: **152.507.093-20**

Antônio Francisco Araújo 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: 00000024486-1

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:

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:

Victor Fernando Visqueira da Silva

CPF:

050.241.253-47

Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

CONJUNTO JOSÉ DE ALMEIDA, CS 002 Qd. C

Número:

-

Complemento:

Bairro:

São Luis

Cidade:

Campo Maior

Estado:

PI

CEP:

64.280.000

E-mail:

Tej.(DDD):

(86) 999523722

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0616

CONTA: 117969

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 IMI - 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]:**

11 ABR 2019
GEREATORA
DE SEGUROS

DPVAT

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

FILHO

Maria José Visqueira

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: 05

Falecidos: 00

Vítima deixou

Sim

Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Assino ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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, 25.02.2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: MARIA ORELMA DE MACEDO VISQUEIRA
CPF: 439.470.263-15

Maxia Fabrício de Macêdo Visqueira
Assinatura

2º | Nome: ANTONIO FRANCISCO APAUJO CHAVES
CPF: 152.507.093-20

Hugo Fábio de Macêdo Visqueira
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:	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:	WENDY RAFAELA FERNANDES DA SILVA	CPF:					
Profissão:	ESTUDANTE	Endereço:	RUA MARIA CONSTÂNCIA DE OLIVEIRA	Número:	1725	Complemento:	CAZA
Bairro:	VISQUEIRÃO	Cidade:	JUAZEIRO DO PIAUÍ	Estado:	PI	CEP:	64343-000
E-mail:							TEL (DDD) (66) 999523722

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO:

- RECUZO 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) (Informar o dígito se existir)

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

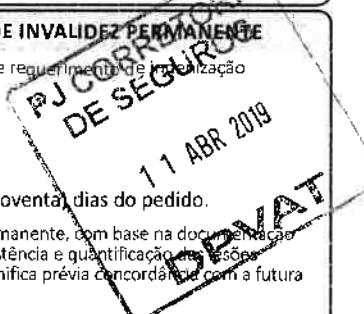
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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: Vítima deixou compaheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou compaheiro(a), informar o nome completo: **MARIA JOSE VISQUEIRAO**

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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **MARIA CELMA DE MACEDO VISQUEIRAO**
 CPF: **439.470.263-15**

Maria Celma de Macêdo Visqueirao
 Assinatura

2º | Nome: **ANTONIO FRANCISCO ARANJO CRAVES**
 CPF: **152.307.093-10**

Antônio Francisco Aranjo Craves
 Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edriana maria da conciliação Silva
 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:	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 N° 445/2012			
Nome completo: <i>ITALA BEATRIZ ALVES DA SILVA</i>		CPF: <i>071.976.713-02</i>	
Profissão: <i>ESTUDANTE</i>	Endereço: <i>RUA TRINTA E DOIS</i>	Número: <i>48</i>	Complemento: <i>CASA</i>
Bairro: <i>DARQUE DAS ESTRELAS</i>	Cidade: <i>Campo Maior</i>	Estado: <i>PI</i>	CEP: <i>64280.000</i>
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO 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 OPCIÃO 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: *118020 8*
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 atende 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 quantidade 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.

11 ABR 2019

DPVAT

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: Vitima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: *MARIA JOSE VISQUEIRA*
FILHA

Vitima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: *05* Falecidos: *00* Vitima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vitima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: *Campo Maior - PI, 25.02.2019*
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS
1º | Nome: *MARIA CELMA DE MACEDO VISQUEIRA*
CPF: *439.470.263-15*

Maria Celma de Macêdo Visqueira
Assinatura

2º | Nome: *ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES*
CPF: *152.507.093-20*

Antônio Francisco Araújo 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 RODO, 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



Seu(s) 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:

Maria José Viegueira

Profissão:

PROFESSORA

São Luis

UF:

Endereço:

CONJUNTO José de Almeida C.002, Q.C.

Cidade:

Campo Maior

CPF:

412.414.953-00

Número:

Complemento:

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 Econômica Federal

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0616

CONTA: 24486 1

(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, caso 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.

Em meu 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 da lesão permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura análise médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 ABR 2019

DPVAT

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

COMPANHEIRO

Maria José Viegueira

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: 05 Falecidos: 00

Este sou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a identificação, 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VIEGUEIRA
CPF: 434.470.263-15

Maria Celma de Macêdo Viegueira
Assinatura

2º | Nome: ANTONIO FRANCISCO ARMANDO CHAVES
CPF: 188.110.152.507-20

Antônio Francisco Armando 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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	729.598.863-72	Francisco FERNANDES da SILVA		
REGISTRO DE DADOS PESSOAIS		INSCRIÇÃO DE ENDEREÇO DA VÍTIMA		
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
ESTUDANTE	CONJUNTO José se ALMEIDA e. 002 - Q - C			
Bairro:	Cidade:			
SÃO LUIS	Campo Maior			
E-mail:		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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: 0616

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 26486 1

(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.

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):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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.

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: Vitima 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: 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 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, 26.02.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

x Maria Jose Visqueira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Maria CELMA DE Macedo Visqueira
CPF: 137.470.263-15

Maria Celma de Macedo Visqueira
Assinatura

2º | Nome: ANTONIO FRANCISCO APARECIDA CHAVES
CPF: 152.507.093-10

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 íntero 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 DE PESSOAS NATURAIS
CERTIDO 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 EXTENO

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

DIA MÊS ANO
03 03 2017

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

17:00 CAMPO MAIOR-PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

CAMPO MAIOR-PI

LOCAL DE NASCIMENTO

MATERNIDADE SIGEFREDO PACHECO

SEXO

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 EXTENO

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

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

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 N° 372 CENTRO

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

Ana Célia Martins Ribeiro Araújo
Tabeliã Substituta Interina



Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas, Registro e
Julgados
ATO GRATUITO
Nº ANG 095859
Série 809

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 ABR 2019

DPVAT

ANDEMIRPASSI AA 004155311 BRP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NÁTURAIS

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 **PARDA** 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 HIPOVOLÉMICO, POLITRAUMATISMO, AÇÃO CONTUNDENTE**

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

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

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESER **SEM INFORMAÇÃO**

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO 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 do Oficial



CARTÓRIO EXTRA JUDICIAL

DE CAMPO MAIOR-PI
Lídice Kelly Neutim Nunes
Tabelária Substituta

DPVAT

</div



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

SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 02 Data do chamado 03 PRO (codigo) 04 Saída do PA 05 Chegada ao local	01 N° do chamado 02 Data do chamado 03 PRO (codigo) 04 Saída do PA 05 Chegada ao local				
Local da Ocorrência	06 Saída do local 07 Chegada ao 1º hospital 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º hospital	06 Saída do local 07 Chegada ao 1º hospital 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º hospital				
Dados do Paciente	10 Endereço 11 Bairro 12 Município-UF Código IBGE	10 Endereço 11 Bairro 12 Município-UF Código IBGE				
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência 14 Pessoas feridas 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	13 Ponto de referência 14 Pessoas feridas 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado				
Accidente de Transporte	16 Idade 1 - Dia 2 - Mes 3 - Ano 4 - Ignorado	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
Assistência	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 5 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança		
Hospital de Destino	23 Glasgow = ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 0 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso _____ Respiração _____ PA _____ TAX. _____ Saída _____		
Observações Interdisciplinar	25 Local da lesão 	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pressão Arterial Radial _____ Central _____ 1 - Chalo 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa 5 - Muito Muito Intensa	30 Fratura 1 - Sim _____ 2 - Não _____ 3 - Suspeito _____
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração _____ Oxigênio _____ Curativos _____	Francha longa/curta _____ Colar cervical _____ Krad _____	Imobilização de extremidades _____ Reanimação cardiopulmonar _____ Assistência obstétrica _____	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____		
	32 Hospital de Destino H - R.C.M	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim _____ 2-Não _____ Antes do socorro _____ Antes do transporte _____ Durante o transporte _____	Não Removido _____		
	Rachado lumbosacral e sacroiliaco de meia hora intensas e dolorosas, sem náuseas, vômitos, perda de sensibilidade, distorção da marcha, dispneia, sudorese, hipotensão arterial, no período referiu dor ligeira, aliviada medicamente.					
	Socorristas Médico AEPE	J. Lúcia	Enfermeiro Condutor	Asses		
	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

Registro: 75646

Data: 01/08/2018

Hora: 16:30:00

Funcionário: DEUSIVANE

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 69

SUS

FRANCISCO FERNANDES DA SILVA

CPF: - RG: - SUS:

Nasc.: 22/06/1973 Idade: 45 ANOS, 2 MESES, 9 DIAS Profissão:
End.: JOSE DE ALMEIDA QU C, 2 Bairro: SAO LUIS

Civil: CEP: 64280-000

Cor: PARD A Telefone: (86) 9948-65576 Mãe: MARIA DAS GRACAS DA CONCEICAO

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Pa:

Clínica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____

Internação: _____

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 ABR 2019

DPVAT

Prioridade:

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

Queixa/História: CLIENTE VEIO COM O SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO COLISÃO COM MOTOCICLETA E AUTOMÓVEL COM CORTE EM COIRO CABELOUDO, ALGIA EM COSTELA LADO D

Alergias: NEGA

PA: 0 mmHg

FC: 0 bpm

Observação:

Conduita:

IP: 40h - (TOX =)

PA: 90x60 mmHg.
P: 40 FR: 140x70 mmHg.

Dados da Alta

23:40

PA: 120x80 mmHg

Alta

Óbito

Evasão

Transferência

288112 - EMANUELA DE OLIVEIRA SOUSA
Enfermeira Responsável

Destino:

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA
Médico Responsável

FRANCISCO FERNANDES DA SILVA
Paciente ou Responsável

Bach Kfz que vendo o di abr costal, inveniente.
FUP elevado en 1959, repas en 1960, digo
pedindo se lo pague. Comiendo o plantearse D felic.

Presente *Actinop. f. fructosicola* from 10 to 100 mm. across
flat to (whilst entire fruiting body is
fleshy), with well developed hypotrichous
underside, which will be excurrent,
Dr. Hamilton Ladd
MEDICAL
C.R.

Dr. Elmer Lagesen
MEMICP
CRM

2000 ft. above sea level, about 10 miles
from the coast. No 120 x 10 mm.

as to try first and measure several operations, then
go on. In addition to this, special studies of certain subjects
are to be made and selected for examination, not -
but this is not the best time to do this. I have the
best time for this in the fall or winter.

19-12-2012 Gato macho de 16 en mst 515 g ocho d^o con
3 dentaduras de m¹, 12 dientes m², 3 d¹-2-3-4-5-6 con impac-
to FG 122 bpm, L 46 mm, BC 175 mg/dL Gato a tratar PJ CORR
DE SEC

25. 1. G. Bimaculata sp. nov. comb. - SA. Pq. 100x10mm 11 ABR 2019
ad 2. - 26°, R = 40mm, FC = 418 bpm

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

DPW

Point grants do not hurt sales

De globalización y Transferencia

tribe Senni-Camp 1100

*Dr. Eleonora Lages
MEDICO
CRM/RJ 4121*

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:

Victor Fernando Visqueira da Silva

CPF:

050.241.253-47

Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

CONJUNTO JOSÉ DE ALMEIDA, CS 002 Qd. C

Número:

-

Complemento:

Bairro:

São Luis

Cidade:

Campo Maior

Estado:

PI

CEP:

64.280.000

E-mail:

Tej.(DDD):

(86) 999523722

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0616

CONTA: 117969

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 IMI - 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]:**

11 ABR 2019
GEREATORA
DE SEGUROS

DPVAT

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

FILHO

Maria José 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 áqueles 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, 25.02.2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: MARIA ORELMA DE MACEDO VISQUEIRA
CPF: 439.470.263-15

Maximiliano de Macêdo Visqueira
Assinatura

2º | Nome: ANTONIO FRANCISCO APAUJO CHAVES
CPF: 152.507.093-20

Hugo Francisco Apaújo 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:	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:	WENDY RAFAELA FERNANDES DA SILVA	CPF:					
Profissão:	ESTUDANTE	Endereço:	RUA MARIA CONSTÂNCIA DE OLIVEIRA	Número:	1725	Complemento:	CAZA
Bairro:	VISQUEIRÃO	Cidade:	JUAZEIRO DO PIAUÍ	Estado:	PI	CEP:	64343-000
E-mail:							TEL (DDD) (66) 999523722

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO:

- RECUZO 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) (Informar o dígito se existir)

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

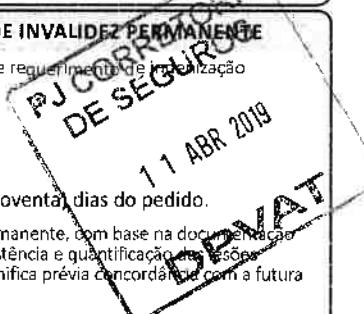
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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: Vítima deixou compaheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou compaheiro(a), informar o nome completo: **MARIA JOSE VISQUEIRAO**

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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **MARIA CELMA DE MACEDO VISQUEIRAO**
 CPF: **439.470.263-15**

Maria Celma de Macêdo Visqueirao
 Assinatura

2º | Nome: **ANTONIO FRANCISCO APARECIDO CRAVES**
 CPF: **152.307.093-10**

Antônio Francisco Aparecido Cravés
 Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edriana maria da conciliação Silva
 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:	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 N° 445/2012			
Nome completo: <i>ITALA BEATRIZ ALVES DA SILVA</i>		CPF: <i>071.976.713-02</i>	
Profissão: <i>ESTUDANTE</i>	Endereço: <i>RUA TRINTA E DOIS</i>	Número: <i>48</i>	Complemento: <i>CASA</i>
Bairro: <i>DARQUE DAS ESTRELAS</i>	Cidade: <i>Campo Maior</i>	Estado: <i>PI</i>	CEP: <i>64280.000</i>
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO 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 OPCIÃO 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: *118020 8*
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 atende 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 quantidade 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.

11 ABR 2019

DPVAT

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: Vitima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
MARIA JOSE VISQUEIRA

Vitima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: *05* Falecidos: *00* Vitima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vitima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: *Campo Maior - PI, 25.02.2019*
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS
1º | Nome: *MARIA CELMA DE MACEDO VISQUEIRA*
CPF: *439.470.263-15*

Maria Celma de Macêdo Visqueira
Assinatura

2º | Nome: *ANTONIO FRANCISCO ARAUJO CHAVES*
CPF: *152.507.093-20*

Antônio Francisco Araújo 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 RODO, 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



Seu(s) 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:

Maria José Viegueira

Profissão:

PROFESSORA

Situação:

Saud Luis

Endereço:

CONJUNTO José de Almeida C.002, Q.C.

Cidade:

CAMPORRINHO

Estado:

PR

CEP:

64.280.000

Tel.(DDD):

CPF:

Número:

Complemento:

612.414.953-00

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 Econômica Federal

AGÊNCIA:

0616

CONTA:

244861

(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, caso 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.

Em meu 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 da lesão permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura análise médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 ABR 2019

DPVAT

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

COMPANHEIRO

Maria José Viegueira

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

Este sou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a identificação, 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: MARIA CELMA DE MACEDO VIEGUEIRA
CPF: 434.470.263-15

Maria Celma de Macêdo Viegueira
Assinatura

2º | Nome: ANTONIO FRANCISCO ARMANDO CHAVES
CPF: 188.110.152.507-20

Antônio Francisco Armando Chaves
Assinatura

Local e Data: CAMPORRINHO - PR, 25.02.2019

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina A ROGO

x Maria José Viegueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	729.598.863-72	Francisco FERNANDES da SILVA		
REGISTRO DE DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA		REGISTRO DE DADOS PESSOAIS DO BENEFICIÁRIO - CIRCULAR USEP Nº 445/2012		
Nome completo:				CPF:
Profissão:	Endereço:			050.390.403-18
ESTUDANTE	CONJUNTO José se ALMEIDA e. 002 - Q - C			Número:
Bairro:	Cidade:			Complemento:
SÃO LUIS	Campo Maior			CEP:
E-mail:			Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: 0616

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 26486 1

(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.

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.

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: 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Campo Maior - PI, 26.02.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

x Maria Jose Visqueira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Maria CELMA DE Macedo Visqueira

CPF: 137.470.263-15

Maria Celma de Macedo Visqueira

Assinatura

2º | Nome: ANTONIO FRANCISCO APARECIDA CHAVES

CPF: 152.507.093-10

J. Francisco Aparecida 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 íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

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, 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, contados 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

