

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Simone de Sousa Araújo,
RG nº 2.687.868, data de expedição 20/10/07, Órgão SSP-PI
portador do CPF nº 019.388.373-20, com domicílio na cidade de
Gloriano, no Estado de PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Cruz de Maio, Mto da Cruz, nº 258,
complemento _____.

Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Ciro Pereira de Araújo, cujo o condutor era
Ciro Pereira de Araújo.

Veículo: motocicleta

Modelo: Kondo/NXR 160 BROS ESDD

Ano: 2017

Placa: PI T 9051

Chassi: 9C2K D0810HR419471

Data do Acidente: 27.08.2018

Local e Data: Gloriano-PI 11.09.18

Simone de Sousa Araújo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 519 - Centro
Florianópolis - CEP 64800-000
Fone/Fax: (68) 3522-2527
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de SIMONE DE SOUSA ARAUJO

Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança
Dou fé. Florianópolis, 22/09/18

Resende

☐ Gillete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☐ Gilvane Ferreira da Silva - Teli. Substituta
☐ Justine Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Simone de Sousa Araújo,
RG nº 2.687.868, data de expedição 20/10/07, Órgão SSP-PI
portador do CPF nº 019.388.373-20, com domicílio na cidade de
Gloriano, no Estado de PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Cruz de Maio, Mto da Cruz, nº 258,
complemento _____.

Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Ciro Pereira de Araújo, cujo o condutor era
Ciro Pereira de Araújo.

Veículo: motocicleta

Modelo: Kondo/NXR 160 BROS ESDD

Ano: 2017

Placa: PI T 9051

Chassi: 9C2K D0810HR419471

Data do Acidente: 27.08.2018

Local e Data: Gloriano-PI 11.09.18

Simone de Sousa Araújo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 519 - Centro
Florianópolis - CEP 64800-000
Fone/Fax: (88) 3522-2527
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de SIMONE DE SOUSA ARAUJO

Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança
Dou fé. Florianópolis, 22/09/18

☐ Gillete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☐ Gilvane Ferreira da Silva - Teli. Substituta
☐ Justine Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0573475
Data: 27/08/2018
Funcionario: MARIACLARA

Registro:75697
Hora: 11:52:00
Tipo:CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 118

SUS

PIRO PEREIRA DE ARAUJO

asc.: 25/07/1966 Idade: 52 ANOS, 1 MÊS, 2 DIAS
nd.: PRIMEIRO DE MAIO, 258 -
or: PARDA Telefone: () - Mãe:

Profissão:

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: **FLORIANO/PI**

Mãe: ROMANA PEREIRA DA SILVA

Pat: JOAO PEREIRA DE ANDRADE

Clinica: **ORTOPEDIA**

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Temp.: °C

Peso:Kg

P.A.:

Responsável: CIRO PEREIRA DE ARAUJO - O MESMO

Procedimientos

27/08/2018	11:52	0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
------------	-------	------------	--

27/08/2018 11:52 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Queixa principal: QUEDA DE MOTO COM FRATURA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Dr. Conegundes P. F.
Ord. 212 Trans. Biologie
CRM: 2572 Tel 7348

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Relato para os devidos fins que **CIRO PEREIRA DE ARAUJO**, portador da ID 736.721, CPF 685964723-04, sofreu acidente automobilístico no dia 27/08/2018 e teve atendimento no Hospital Tiberio Nunes, diagnosticado luxação acromioclavicular, sendo tratado conservadoramente com uso de imobilizador. Deu inicio ao tratamento de fisioterapia no dia 29/09/2018 e teve alta definitiva no dia 24/12/2018, após a alta relata evoluir com dor, deformidade em clavícula e esterno, edema com cacifo 2+, crepitação aos movimentos, instabilidade na articulação, formigamento, mobilidade física prejudicada devido ao desconforto, dormência, comprometimento da raiz nervosa de C4, atrofia muscular, diminuição da amplitude de movimento e da força muscular. Na avaliação física foi constatado diminuição da ADM de 65% para os movimentos do ombro com grau 3 de força muscular (presente 20% da força do membro afetado). Paciente encontra-se afastado e impossibilitado de realizar suas atividades laborais.

CID: S43.2

Florianópolis, 24 de Dezembro de 2018


Cibelle Silva Ferreira
Fisioterapeuta
CREFITO: 187.848-F

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Fluor
Cloroformo
600

Fluor
600
Fluor
600

Dr. Constança P. Filho
CRM 2572 IDT 7349

Florianópolis, 24/12/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Cas. *Guimarães Afonso*

Hipênia Valença

Dr. *Conceição B. Filho*
Dr.
CRM 2572

Floriano, ____/____/____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Nº de inscrição
685954723-04

Data do Nascimento
25/07/68



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e supletiva por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
CIRO PEREIRA DE ARAUJO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 07/11/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Nº de inscrição
685954723-04

Data do Nascimento
25/07/68



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e supletiva por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
CIRO PEREIRA DE ARAUJO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 07/11/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PJ
Nº 012239816610
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2017

VIA 1 01109044981
CÓD. RENAVAM 0165
50e9
63e6
50e6
79e6
59e6
d9e6
79e6
a002
5117

SIMONE DE SOUSA ARAUJO

01938837320

PLACA 9051

9C2KD0810HR419471

CONSUMÍVEL

ALCO/GASOL

ANO MOD 2017 2017

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

CATEGORIA

PARTIC

VENO COTA ÚNICA

1º IPVA

2º PAGO

3º PAGO

PREÇO TARIFÁRIO (R\$)

PREÇO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO SEGURO OBRIGATORIO

PET: 000.000.000

ALIEENACAO FIDUCIARIA ORTE OBRIGATORIO

ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. HONDA - L

FLORIANO

DATA 13/02/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2013

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAS CAUSADOS POR VEICULO
TOMOTOCES, MOTOCICLETAS, TERRESTRES, AQUAPLANO, CARGA, APESOS, E
TRANSF. DE DADOS OU NAO SEGURO DPVAT

PINº 012239816610 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01938837320 PTT-9051 2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatssegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/02/2017

VIA 1 01938837320 PLACA 9051

RENAVAM 01109044981 MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

NOTFAB 2017 COT. 120 9C2KD0810HR419471 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

081,28 (R\$) 009,83 (R\$) COTA ÚNICA (R\$) 080,31 (R\$)

089,95 (R\$) 000,70 (R\$) COTA ÚNICA (R\$) 185,50 (R\$)

Y COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE CANCELAMENTO 31/01/2017

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

JUL-2013

SOLICITAÇÃO:

A FENASEG

VÍTIMA: *Ciro Pereira de Araújo*

SINISTRO: 3190040654

Informo a essa representada Empresa que sofri acidente de trânsito, e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V.Sa(s).

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia estarei com reclamação na SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Ciro Pereira de Araújo

Assinatura

Data: 03-04-2019.



*PEÇO REANÁLISE DO MEU PROCES-
SO E ME CONVOQUE PARA PERÍCIA,
POR QUE DO ACIDENTE TILIZO GAA-
VE COM FRATURA DO OMBRO,
FIZ TRATAMENTO MÉDICO CONSER-
VADO E FISIOTERÁPIA, E APÓS
OS TRATAMENTOS, FIZ O PEDIDO DA
INDENIZAÇÃO, E SIMPLEMENTE NE-
GARAM, SE ME AVALIAR PARA CONS-
TATAR AS SERVELAS. QUERO SER AVALI-
ADO PARA CONSTATAR AS SERVELAS E ME
PAGA A INDENIZAÇÃO QUE TENHO DIREITO.*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190040654 **Cidade:** Floriano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190040654 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: CIRO PEREIRA DE ARAÚJO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 736.721

CPF: 685.964.723-04

Endereço: RUA TREZE DE MAIO, N°258, ALTO DA CRUZ, FLORIANO-PI

PROCURADOR:

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 195451-PI

Est. Civil: CASADO

CPF: 077.532.253-91

Endereço: RUA BENTO LEÃO Nº262 A, CENTRO, FLORIANO-PI.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim do outorgante receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tem direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato.

FLORIANO-PI, 24 de DEZEMBRO de 2018.



Ciro Pereira de Araújo

Assinatura do beneficiário/vítima



CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 819 - Centro
Floriano/PI - CEP 64800-000
Fone/Fax: (89) 3522-2527
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de CIRO PEREIRA DE ARAÚJO

Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança

Dou fé. Floriano/PI, 27/12/2018

☐ Gildete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☒ Gilvane Ferreira da Silva - Tab. Substituto
☒ Juallie Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019640/19

Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

CPF: 685.964.723-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/08/2018

Titular do CPF: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO : 077.532.253-91

Alvará judicial
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CIRO PEREIRA DE ARAUJO : 685.964.723-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040654

Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040654

Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Foi RECEBIDO INDEVIDO,
FAVOR DESCONSIDERAR O MESMO.
GZATO.

17/10/19

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: 685.964.723-04 Nome completo da vítima: Ciro Pereira de Araújo

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

Nome completo: Ciro Pereira de Araújo CPF: 685.964.723-04

Profissão: Reunido Endereço: Rua Orze de Araújo Número: 258 Complemento: —

Bairro: Alto da Cruz Cidade: Bloniano Estado: Pi CEP: 64.800-000

E-mail: — Tel. (DDD): 89-35212793

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECLUSO 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) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 63897 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 455 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

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: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

Local e Data: Bloniano - Pi 14.01.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ciro Pereira de Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

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: 685.964.723-04 Nome completo da vítima: Ciro Pereira de Araújo

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

Nome completo: Ciro Pereira de Araújo CPF: 685.964.723-04

Profissão: Reunido Endereço: Rua Orze de Araújo Número: 258 Complemento: —

Bairro: Alto da Cruz Cidade: Bloniano Estado: Pi CEP: 64.800-000

E-mail: — Tel. (DDD): 89-35212793

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECLUSO 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) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 63897 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 455 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

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: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Bloniano - Pi 14.01.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ciro Pereira de Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

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.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.003181/2018-58

Complementar ao BO Nº: 104346.003180/2018-03

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Jonny Costa Gonçalves

Data/Hora: 27/12/2018 - 13:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

BAIRRO MATADOURO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/08/2018 - 11:00

Bairro

MATADOURO

Ponto de Referência

EM FRENTE AO COLÉGIO DO DJALMA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

RG: 736721 SSP/PI

Endereço: TRAVESSA TREZE DE MAIO, Nº 258

Bairro: RIACHO FUNDO

Cidade: FLORIANO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abaloamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

1 - HONDA. NXR 160 BROS ESDD

Ano: Placa:

2017 PIT9051

Chassi:

9C2KD0810HR419471

Renavam:

01109044981

Cor:

Vermelha

Condutor: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

End: TRAVESSA TREZE DE MAIO Número: 258 Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: RIACHO FUNDO

Proprietário: SIMONE DE SOUSA ARAUJO

Cidade: FLORIANO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata que na data e hora acima expostas sofreu um acidente no local narrado, tendo como consequência a quebra da clavícula esquerda, ficando hospitalizado dois meses devido ao acidente sofrido. Na oportunidade, vinha em sua motocicleta (HONDA, NXR 160 BROS, cor vermelha, placa PIT-9051) e para não chocar-se com outra motocicleta que vinha quase parando na via, manobrou rapidamente para a esquerda acabando por perder o controle de sua meio de transporte, caindo ao chão.

Jonny Costa Gonçalves - Mat. 2868164
AGENTE DE POLÍCIA

Ciro Pereira de Araujo
CIRO PEREIRA DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.003181/2018-58

Complementar ao BO Nº 104346.003180/2018-03

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Jonny Costa Gonçalves

Data/Hora: 27/12/2018 - 13:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

BAIRRO MATADOURO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/08/2018 - 11:00

Bairro

MATADOURO

Ponto de Referência

EM FRENTE AO COLÉGIO DO DJALMA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

RG: 736721 SSP/PI

Endereço: TRAVESSA TREZE DE MAIO, Nº 258

Bairro: RIACHO FUNDO

Cidade: FLORIANO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abalroamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA, NXR 160 BROS ESDD

2017 PIT9051

9C2KD0810HR419471

01109044981

Vermelha

Condutor: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

End: TRAVESSA TREZE DE MAIO Número: 258 Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: RIACHO FUNDO

Proprietário: SIMONE DE SOUSA ARAUJO

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata que na data e hora acima expostas sofreu um acidente no local narrado, tendo como consequência a quebra da clavícula esquerda, ficando hospitalizado dois meses devido ao acidente sofrido. Na oportunidade, vinha em sua motocicleta (HONDA, NXR 160 BROS, cor vermelha, placa PIT-9051) e para não chocar-se com outra motocicleta que vinha quase parando na via, manobrou rapidamente para a esquerda acabando por perder o controle de sua meio de transporte, caindo ao chão.

Jonny Costa Gonçalves - Mat. 2868164
AGENTE DE POLÍCIA

Ciro Pereira de Araujo
CIRO PEREIRA DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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: 685.964.723-04 Nome completo da vítima: Ciro Pereira de Araújo

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

Nome completo: Ciro Pereira de Araújo CPF: 685.964.723-04
Profissão: Reunido Endereço: Rua Onze de Maio Número: 258 Complemento:
Bairro: Alto da Cruz Cidade: Bloniano Estado: Pi CEP: 64.800-000
E-mail: Tel (DDD): 85-35212793

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

RENDAS 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 63897 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 ou não de condições permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
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: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 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: Bloniano - Pi 14.01.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ciro Pereira de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:
CPF:
Assinatura:
2ª Nome:
CPF:
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: 685.964.723-04 Nome completo da vítima: Ciro Pereira de Araújo

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

Nome completo: Ciro Pereira de Araújo CPF: 685.964.723-04
Profissão: Reunido Endereço: Rua Onze de Maio Número: 258 Complemento:
Bairro: Alto da Cruz Cidade: Blotiano Estado: Pi CEP: 64.800-000
E-mail: Tel (DDD): 85-35212793

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

RENDAS 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: 0638 CONTA: 63897 9
(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 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 ou não de condições permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 455 Loja C
Centro - Niterói - RJ CEP: 24.002-470

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:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
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: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 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: Blotiano - Pi 14.01.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ciro Pereira de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:
CPF:
Assinatura:
2ª Nome:
CPF:
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.

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0573475
Data: 27/08/2018
Funcionario: MARIA CLARA

Registro: 75697
Hora: 11:52:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 118

SUS

CIRO PEREIRA DE ARAUJO

asc.: 25/07/1966 Idade: 52 ANOS, 1 MÊS, 2 DIAS
nd.: PRIMEIRO DE MAIO, 258 -
or: PARDA Telefone: () -

Profissão:

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: ROMANA PEREIRA DA SILVA

Pai: JOAO PEREIRA DE ANDRADE

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: CIRO PEREIRA DE ARAUJO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

27/08/2018 11:52 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: QUEDA DE MOTO COM FRATURA

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Dr. Conegundes P. F.D.
Orig.: 2572 Imagem: 7348
CRM: 2572

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0408310-5

Consumo de energia elétrica

2ª Via Nota Fiscal

010209238

VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	29/08/2018	123 107,84

CIRO PEREIRA DE ARAUJO
R. TREZE DE MAIO 258 5/C ALTO DA CRUZ
CPF: 00000000000000
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA

5904	22/08/2018
5781	23/07/2018
1,000	24/09/2018
123	21/08/2018
123	22/08/2018
NORMAL	
30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESIDENCIAL	MONO	A1492108	1.1.1.1	117
-------------	------	----------	---------	-----

DESCRIÇÃO DA CONTA

JUL/18	120	CONSUMO	123 A R\$ 0,831277 =	102,24
JUN/18	102	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,60
MAI/18	129	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,14	
ABR/18	116			
MAR/18	110			
FEV/18	107			
JAN/18	89			
DEZ/17	114			
NOV/17	138			
OUT/17	120			

TAXA DE BASTOS:
R\$ 123 - 0,604090

IMPORRANTES IMPONANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGHE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 S 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/08/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



241A.93F6.0273.A17C.AA08.8389.E4AE.CCE7

CORREÇÃO DE VALOR		IMPOSTOS/IMPOSTOS - 45	
Valor de Cálculo	21,22	Valor de Cálculo	102,24
Imposto de Renda	40,33	Imposto de Renda	22,00%
Imposto de Renda	6,34	Imposto de Renda	22,49
Imposto de Renda	6,42	Imposto de Renda	0,47
Imposto de Renda	27,93	Imposto de Renda	4,47

INFORMAÇÕES DE CONTABILIDADE

6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
5,42			1,00			5,47

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para contato com a
Eletrolux informe
este número

SEU CÓDIGO

1335477-9

015503709

DEZEMBRO/2018

10/01/2019

156

151,22

CRISTIANE DA CONCEICAO LOPES LINHARES
R. BENTO LEAO 262 A - CENTRO B-URBANO
CPF: 00005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

12053

11897

1,000

156

156

FCAH

24/12/2018

26/11/2018

22/01/2019

21/12/2018

24/12/2018

28

NORMAL

COMERCIAL

HONO

A1441592

3.1.3.1

195

NOV/18 187
OUT/18 195
SET/18 203
AGO/18 188
JUL/18 112
JUN/18 145
MAI/18 139
ABR/18 127
MAR/18 239
FEV/18 200

CONSUMO 156 A R\$ 0,879255 = 137,16
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,50
CORRECAO MONETARIA 10/18-00 1,07
MULTA POR ATRASO 10/18-00 3,25
JUROS POR ATRASO 10/18-00 1,24
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,21

137,16

8,50

1,07

3,25

1,24

Mes/Ano
11/2018

Valor R\$
165,32

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/01/2019. V não pagamento por 30 dias seguidos também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIQUE 0800 080 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.

54E7,0CB3,0468,E3B0,6312,AFB3,205D,A801

27,29

51,88

8,10

8,20

41,57

157,16

22,00%

30,17

2,02

9,38

6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 13,95 3,54
0,00 0,00 0,00

10/2018 50,87

FLORIANO

1335477-9

151,22

12/2018

10/01/2019

015503709 FCAH

83630000001 2 51220017000 3 000000001335 9 47791218008 0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0408310-5

Consumo de energia elétrica em kWh

2ª Via Nota Fiscal

010209238

Atenção: Este código de barras é válido apenas para a Unidade Consumidora 0408310-5.

PERÍODO DE VENCIMENTO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	29/08/2018	123	107,84

CIRO PEREIRA DE ARAUJO
R. TREZE DE MAIO 258 5/C ALTO DA CRUZ
CPF: 00000000000000
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA

5904	22/08/2018
5781	23/07/2018
1,000	24/09/2018
123	21/08/2018
123	22/08/2018
NORMAL	
30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Capacidade	Numero Medidor	Emprego	Capacidade	Atividade
RESIDENCIAL	MONO	A1492108		1.1.1.1	117

DETALHAMENTO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUL/18	120	CONSUMO 123 A R\$ 0,831277 = 102,24
JUN/18	102	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 5,60
MAI/18	129	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,14
ABR/18	116	
MAR/18	110	
FEV/18	107	
JAN/18	89	
DEZ/17	114	
NOV/17	138	
OUT/17	120	

TAXA DE BASTO:
R\$ 123 - 0,604290

IMPORRANTES IMPONANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGHE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 S 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/08/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



241A.93F6.0273.A17C.AA08.8389.EAAE.CCE7

CONTRIBUIÇÕES DE IMPOSTOS		IMPOSTOS/IMPOSTOS - 45	
Imposto de Renda	21,22	Imposto de Renda	102,24
Imposto de Renda	40,33	Imposto de Renda	22,00%
Imposto de Renda	6,34	Imposto de Renda	22,49
Imposto de Renda	6,42	Imposto de Renda	0,47
Imposto de Renda	27,93	Imposto de Renda	4,47

INFORMAÇÕES DE CONTABILIDADE

6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
5,42			1,00			5,42

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para contato com a
Eletrolux informe
este número

SEU CÓDIGO

1335477-9

015503709

DEZEMBRO/2018

10/01/2019

156

151,22

CRISTIANE DA CONCEICAO LOPES LINHARES
R. BENTO LEAO 262 A - CENTRO B-URBANO
CPF: 00005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

12053

11897

1,000

156

156

FCAH

24/12/2018

26/11/2018

22/01/2019

21/12/2018

24/12/2018

28

NORMAL

COMERCIAL

HONO

A1441592

3.1.3.1

195

NOV/18 187
OUT/18 195
SET/18 203
AGO/18 186
JUL/18 112
JUN/18 145
MAI/18 139
ABR/18 127
MAR/18 239
FEV/18 200

CONSUMO 156 A R\$ 0,879255 = 137,16
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,50
CORRECAO MONETARIA 10/18-00 1,07
MULTA POR ATRASO 10/18-00 3,25
JUROS POR ATRASO 10/18-00 1,24
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,21

TOTAL 27,29

Mes/Ano
11/2018

Valor R\$
165,32

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/01/2019, e não pagamento por 30 dias consecutivos, inclusive do nome do consumidor na SERGE. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR
ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIQUE 0800 080 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.

54E7,0CB3,0468,E3B0,6312,AFB3,205D,A801

27,29

51,88

8,16

8,26

41,57

157,16

22,00%

30,17

2,02

9,38

6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 13,95 3,54
0,00 0,00 10/2018 50,87

FLORIANO

1335477-9

151,22

12/2018

10/01/2019

015503709 FCAH

83630000001 2 51220017000 3 000000001335 9 47791218008 0

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Agustinho Ferreira do Nascimento inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.532.253 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lino Pereira de Araújo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 685.964.723 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima
Lino Pereira de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 685.964.723 / 04 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Bento Boas</u>	Número	<u>262 A</u>	Complemento	—
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ilhópolis</u>	Estado	<u>PI</u>
E-mail	—	CEP	<u>64.800-000</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>89-3521.2793</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>89-99924 0114</u>

Ilhópolis-PI 16 de 01 de 19
Local e Data

Agustinho Ferreira do Nascimento
Assinatura do Declarante

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Agustinho Ferreira do Nascimento inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.532.253 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lino Pereira de Araújo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 685.964.723 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima
Lino Pereira de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 685.964.723 / 04 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Bento Boas</u>	Número	<u>262 A</u>	Complemento	—
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ilhéus</u>	Estado	<u>PI</u>
E-mail	—	CEP	<u>64.800-000</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>89-3521.2793</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>89-99924 0114</u>

Ilhéus-PI 16 de 01 de 19
Local e Data

Agustinho Ferreira do Nascimento
Assinatura do Declarante

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470