



Acidente nº 18061120B01

Boletim de ocorrência

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 343

KM: 600,0 - Decrescente

Município: FLORIANO/PI

Data: 26/10/2018

Hora: 04:30

Policial responsável pelo atendimento: MARCILIO COSTA, matrícula 2194429

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Ponte

Localidade urbanizada: ☒

Acostamento: ☒

Seguradora Líder DE VAT

Canal central: ☒

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Amanhecer

NARRATIVA

No dia 26/10/2018, por volta das 04h30, no km 600 da BR-343, em Floriano-PI, ocorreu um acidente, do tipo colisão em objeto fixo, com uma vítima lesionada gravemente. O veículo envolvido foi o automóvel Chevrolet Prisma (V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido decrescente na cidade de Floriano, quando invadiu a faixa de sentido contrário e colidiu frontalmente com a mureta da ponte próximo a UESPI (no sentido crescente). Com o impacto, V1 rodou até parar no sentido decrescente novamente, porém com a frente do veículo voltada para o sentido oposto. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi o fato do condutor de V1 ter dormido ao volante, fato esse comprovado por não haver marcas de freagem no pavimento, mostrando que este não teve nenhum reflexo no momento da colisão. O mesmo foi encontrado desacordado pela equipe do SAMU e Bombeiros Militar. Observações: O local do acidente estava parcialmente preservado e era sinalizado com auxílio de galhos de árvore. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. O condutor de V1 não realizou teste de etilômetro, em virtude de estar ferido gravemente e desacordado, como também não preencheu termo de Declaração do Envolvido. Ele foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros e levado pelo SAMU ao Hospital Tibério Nunes em Floriano.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão com objeto estático	



Documento assinado eletronicamente por MARCILIO COSTA, matrícula 2194429, Policial Rodoviário Federal, em 29/10/2018, às 22:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18061120B01 e o número de controle 785C000C476ECEFDBAD0E343178143



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18061120B01

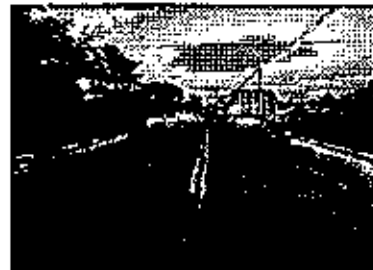


PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO NÃO REALIZADA

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



Florianópolis

Florianópolis



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MARCILIO COSTA, matrícula 2194429, Policial Rodoviário Federal, em 29/10/2018, às 22:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo: 18061120B01 e o número de controle 785C000C476ECEF08AD0E343178143



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18061120B01



PRF

V1



PIY1021

Placa: PIY1021 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: CHEV/PRISMA 1.4AT LTZ/2017

Renavam: 01111777818

Chassi: 9BGKT69V0HG240873

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

PROPRIETÁRIO

Nome: IVAN DA COSTA OSORIO

CPF/CNPJ: 462.409.343-72

Endereço: , FLORIANO/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por MARCILJO COSTA, matrícula 2194429, Policial Rodoviário Federal, em 29/10/2018, às 22:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18061120B01 e o número de controle 785C000C476ECEFD8AD0E343178143



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18061120B01



PRF

V1



CONDUTOR

ITALO ALVES OSORIO

Placa do veículo: PIY1021

Marca/modelo: CHEV/PRISMA 1.4AT LTZ

Envolvimento: Condutor

Nome: ITALO ALVES OSORIO

CPF: 060.012.143-79

Data de nascimento: 04/04/1997

Estado civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 13/07/2016

Nº Registro: 06657918120 **UF:** PI

Data de vencimento da habilitação: 25/11/2020

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: A

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: PC VIVIANE V. TENORIO, 92, SAO BORJA, FLORIANO/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Condutor enviado para o Hospital Tibério Nunes



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MARCILIO COSTA, matrícula 2194429, Policial Rodoviário Federal, em 29/10/2018, às 22:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18061120B01 e o número de controle 786C000C476ECEFD8AD0E343178143



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18061120B01



PRF



Imagens Complementares

Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



IMAGEM COMPLEMENTAR 02



IMAGEM COMPLEMENTAR 03



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MARCILIO COSTA, matrícula 2194429, Policial Rodoviário Federal, em 29/10/2018, às 22:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18061120B01 e o número de controle 785C000C478ECEFD8AD0E343178143.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18061120B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / CHEV/PRISMA 1.4AT LTZ

Placa: PIY1021

Nome do agente: MARCILIO COSTA

Nº BOAT: 18061120B01

Matrícula do agente: 2194429

Data: 26/10/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NAO**	NA***
1	Painel corta-fogo	X		
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda	X		
5	Air Bags Frontais	X		
6	Air Bags Laterais			X
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MARCILIO COSTA, matrícula 2194429, Policial Rodoviário Federal, em 29/10/2018, às 22:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18061120B01 e o número de controle 785C000C478ECEED8AD0E343178143



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18061120B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita		X	

Total geral (SIM + NA): 8

Dimensão da monta: Grande

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MARCILIO COSTA, matrícula 2194429, Policial Rodoviário Federal, em 28/10/2018, às 22:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18061120B01 e o número de controle 785C000C478ECEFD8AD0E343178143



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
ITALO ALVES OSÓRIO

CPF
060.012.143-79

MATRÍCULA

079376 01 55 2018 4 00005 293 0001493- 88

(LIVRO C: 5 TERMO: 1493 FOLHA: 293)

SEXO: MASCULINO COR: BRANCA ESTADO CIVIL E IDADE: SOLTEIRO, 21 ANOS

NATURALIDADE: FLORIANO-PI DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: 3612456 SSP-PI ELEITOR: SM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA:
FILIAÇÃO: NAN DA COSTA OSÓRIO e FRANCIETE ALVES LEÃO OSÓRIO
RESIDÊNCIA: RUA ALUISIO RIBEIRO, Nº 1723, MANGUINHA, FLORIANO-PI

DATA E HORA DE FALECIMENTO: VINTE E CINCO DO MÊS DE NOVEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 04:30 DIA: 25 MÊS: 11 ANO: 2018

LOCAL DE FALECIMENTO:
HOSPITAL SÃO MARCOS, TERESINA-PI

CAUSA DA MORTE:
POLITRAUMATISMO, ACIDENTE EM TRÂNSITO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido): CEMITÉRIO SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA - FLORIANO-PI DECLARANTE: NAN DA COSTA OSÓRIO

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO:
GERACINDA MARTINS FORTES MARQUES - 1845 PI

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

O FALECIMENTO DEIXOU BENS, NÃO DEIXOU TESTAMENTO, NÃO DEIXOU FILHOS. ERA REGISTRADO EM FLORIANO-PI, LIVRO A-04, FLS 277V, Nº 4.734, PROFISSIONAL Nº 2900739, SÉRIE U050-PI, ERA ELEITOR DA 9ª ZONA Nº 042649401545

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3612456		SSP-PI	
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	042649401546	09101	FLORIANO	PI

As anotações de cadastro foram não discriminadas e para interesse de atualização do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante, deverão ser apresentados para identificação de uma cópia.

NOME DO ÓRGÃO: 1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL

OFICIAL

REGISTRADOR: JARDANE ROCHA LIMA

MUNICÍPIO: FLORIANO-PI

ENDEREÇO: RUA FERNANDO MARQUES Nº 669 CENTRO

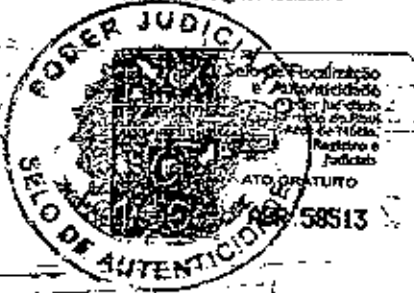
TELEFONE: (89) 3522-1319 (89) 9919-7564

E-MAIL: cartoriojardane@gmail.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dpui fe
Data e local: FLORIANO, PI, 07 de Dezembro de 2018

Assinatura do Oficial

Jardane Rocha Lima
Téc. Substituta



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

Rua Fernando Marques, 619 - Centro
Floriano/PI - CEP: 64800-006
Fone/Fax: (89) 3523-2527
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

AUTENTICAÇÃO
Autentico esta cópia reprográfica conforme original a mim
apresentado, do que dou fé.

Floriano/PI, 17/12/2018

Gláucia Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

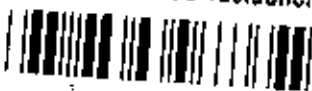
Gláucia Ferreira da Silva - Tab. Substituta

Júlia Nunes Gomes Cavalcante - Escrivente



ARPENBRASIL AA 010692509 BRP

Comprovante de residencia



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 66.048-740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.201.283-6
CNPJ: 06.948.740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.201.283-6
Folha Fiscal / Conta de Energia Elétrica - 2ª Via B-1
Supra: Empresa de Inovação e Automação de Rede S.A. - EIA

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1398040-8

Nº da Nota Fiscal 014395100

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 30.428 de 20 de abril de 2002.

NOVEMBRO/2018 06/12/2018 39 25,70

FRANCINETE ALVES LEAO
CJ HAB. FILADELFO F. DE CASTRO 29 QD E - CASA 29
CPE: 00074684442349
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

DADOS DA CÔTURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DA FATURA	
Atual:	4353	Atual:	30/11/2018	Atual:	30/11/2018
Anterior:	4314	Anterior:	30/10/2018	Anterior:	28/12/2018
Consumo de Multiplicado:	1,000	Consumo de Multiplicado:	39	Consumo de Multiplicado:	28/11/2018
Consumo Medido:	39	Consumo Medido:	39	Consumo Medido:	30/11/2018
Consumo Estimado:	39	Consumo Estimado:	39	Consumo Estimado:	30/11/2018

Classificação	Uso	Idioma	Posto	Código	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1492214		1.1.1.1	46

Mês/Ano	Consumo	Valor
QUI/18	47	23,62
FEV/18	44	1,10
AGO/18	50	0,17
JUL/18	51	0,56
JUN/18	36	0,25
MAR/18	60	
ABR/18	55	
MAR/18	34	
FEV/18	34	
JAN/18	44	

UNIDADE CONSUMIDORA SUJEITA A SUSPENSÃO DO FURNACIMENTO DE
energia elétrica a partir de 15/12/2018. O caso pagamento por
data anterior ao 15/12/2018, a inclusão do consumo de
energia elétrica, caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
esta aviso.

RESERVADO AO FISCAL 5484.8EAF.A532.C7A3.35A7.9CDL.EC6F.FAGT

COMPOSIÇÃO DA CONTA		VALORES DE CONTRIBUIÇÃO	
Distribuição:	6,31	Base de Cálculo:	
Energia:	11,96	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,88	Valor do ICMS:	0,28
Encargos:	1,90	Valor do PIS:	1,29
Outros:	1,57	Valor do COFINS:	

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

FLORIANO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

SEU CÓDIGO
1398040-8

MES FATURADO
11/2018

TOTAL A PAGAR - R\$
25,70

VENCIMENTO
06/12/2018

014395100 FCM



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:

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

Nome completo: **FRANCINETE ALVES LEÃO** CPF: **746.844.423-49**

Profissão: **PROFESSORA** Endereço: **CONJ. FILADELFO CASTRO D-E CASA 29** Número: Complemento:

Bairro: **MELADÃO** Cidade: **FLORIANO/PI** Estado: **PI** CEP: **64.800-000**

E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **0638** CONTA: **67512** **2**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **25/11/2018**

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

NÃO

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou esposa (ou marido) (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: **FLORIANO/PI, 03/01/2019**

Nome: **FRANCINETE ALVES LEÃO**

CPF: **746.844.423-49**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francinete Alves Leão

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 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do formulário e da assinatura.



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: 060.012.143.79 Nome completo da vítima: ITALO ALVES OSÓRIO

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

Nome completo: IVAN DA COSTA OSÓRIO CPF: 462.409.343.72

Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço: RUA AULÍSIO RIBEIRO Número: 1723 Complemento: _____

Bairro: MANGUEIRA Cidade: FLORIANO Estado: PI CEP: 64.800-270

E-mail: _____ Tel. (DDD): (89) 99434-9527

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

REDA 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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0096 5 CONTA: 653844 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 25/11/2018

Grau de Parentesco com a vítima: PAI 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 (vel 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, FLORIANO/PI 03/01/2019

Nome: IVAN DA COSTA OSÓRIO

CPF: 462.409.343-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Ivan da Costa Osório
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

060.012.143-79

Nome

ITALO ALVES OSÓRIO

Nascimento

04/04/1997





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição
746.844.423-49

Nome
FRANCINETE ALVES LEÃO

Nascimento
24/01/1972

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POLEGAR DIREITO

Francinete Alves Leão
0437339

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de uso único e intransferível.
Deve ser apresentado junto ao documento de identidade.

Entissão

CO DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.305.526 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/08/14

NOME
FRANCINETE ALVES LEÃO

FILIAÇÃO
FRANCISCA ALVES LEÃO
FRANCISCO RODRIGUES LEÃO

NATURALIDADE
FLORIANO-PI

DATA DE NASCIMENTO
24/01/1972

DOC. ORIGEM
MATRICULA CERT. CASAM

07937602551997300001171000034270

EXP FLORIANO-PI 28/06/14

TERESINA - PI

746.844.423-49

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE REGISTRAÇÃO CPF

Número
462.409.343-72

Nome
IVAN DA COSTA OSÓRIO

Nascimento
09/11/1973

CÓDIGO DE CONTROLE
8861.D90F.5462.D639

Emido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
de 14-09-16, do dia 10/12/2016 (hora e data de emissão)
Documento válido até 09/12/2016

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0181818

Ivan da Costa Osório
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.875.557 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/03/13

NOME
IVAN COSTA OSÓRIO

FILIAÇÃO
QUINTINA COSTA OSÓRIO
ANTONIO OSÓRIO PITOMBEIRA

NATURALIDADE
FLORIANO-PI DATA DE NASCIMENTO 09/11/1973

DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 1554 L 00006 F 074
EXP FLORIANO-PI 30/06/10

TERESINA - PI
462.409.343-72 ASSINATURA DO DIRETOR *Carlos Quintana de Almeida*
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.260/83

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032416/19

Vítima: ITALO ALVES OSORIO

CPF: 060.012.143-79

Data do acidente: 26/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ITALO ALVES OSORIO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

Outros



IVAN DA COSTA OSORIO : 462.409.343-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

FRANCINETE ALVES LEAO : 746.844.423-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

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: 28/01/2019
Nome: FRANCINETE ALVES LEAO
CPF: 746.844.423-49

FRANCINETE ALVES LEAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

Para :

Serguaderia Leiden - PRIVAT

Rua Senezer Dantas, nº 44, 15º andar

Centro

CEP = 200 31 - 205

Rio de Janeiro - RJ



CORREIOS REGISTRADO URGENTE PESO (KG) 0,14	
Receptor	Assinatura
Doc.	

RENETE = Julio Costa Lima
ENDERÇO = Rua Fernando Lourenç, 688 - Centro
Joaquim - Pr
CEP = 64.800-042

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075184

Vítima: ITALO ALVES OSORIO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCINETE ALVES LEAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190075184

Vítima: ITALO ALVES OSORIO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVAN DA COSTA OSORIO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de únicos herdeiros incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190075184

Vítima: ITALO ALVES OSORIO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCINETE ALVES LEAO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de únicos herdeiros incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075184

Vítima: ITALO ALVES OSORIO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCINETE ALVES LEAO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075184

Vítima: ITALO ALVES OSORIO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IVAN DA COSTA OSORIO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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:

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

Nome completo:

FRANCINETE ALVES LEÃO

CPF:

746.844.423-44

Profissão:

PROFESSORA

Endereço:

CONJ. FILADELFA CASTRO Q-E CASA 29

Número:

Complemento:

Bairro:

MELADÃO

Cidade:

FLORIANOPI

Estado:

PI

CEP:

64.800-000

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0638

CONTA:

67512

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

25/11/2018

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☒ Não

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

Mãe

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☒ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

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: FLORIANOPI, 03/01/2019

Nome: FRANCINETE ALVES LEÃO

CPF: 746.844.423-44

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 fé plena do inteiro teor do conteúdo. Após o preenchimento e assinatura.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredorafider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

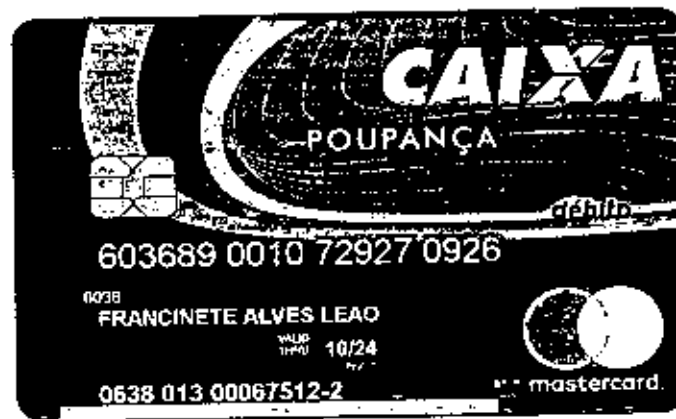
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem resumos e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



603689 0010 72927 0926

0038

FRANCINETE ALVES LEAO

VALID
THRU 10/24

0638 013 00067512-2



mastercard



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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 060.012.143.79 Nome completo da vítima: ITALO ALVES OSÓRIO

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

Nome completo: IVAN DA COSTA OSÓRIO CPF: 462.409.343.72

Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço: RUA ALVÍSSIO RIBEIRO Número: 1423 Complemento: _____

Bairro: MANGUEIRA Cidade: FLORIANO Estado: PI CEP: 64.800-240

E-mail: _____ Tel.(DDD): (89) 99434-9524

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

REDA 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0096 5 CONTA: 653844 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 25/11/2018

Grau de Parentesco com a vítima: PAI 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 (val 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 do
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: FLORIANO/PI 03/01/2019

Nome: IVAN DA COSTA OSÓRIO

CPF: 462.409.343-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Ivan da Costa Osório
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

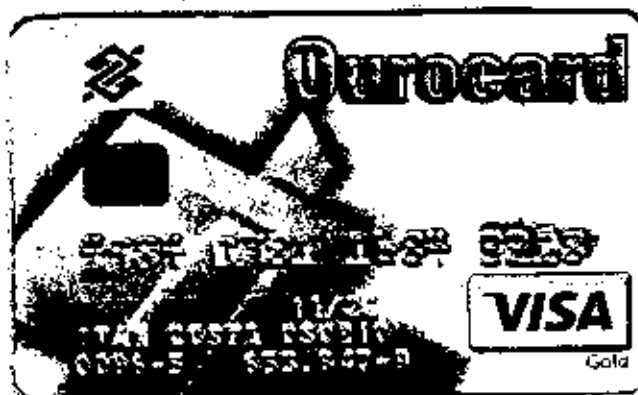
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvixoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



AG. 096-5 CC. 653.847-9
BANCO DO BRASIL
IVAN DA COSTA OSÓRIO