

MAIO/2018 06/06/2018 59 53,54

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA DA SILVA  
R. PE SIMPLICIANO 1935 1935 SAO PEDRO  
CPF: 00073337765300  
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 120.070.20.15.201800

9083		29/05/2018
9024		30/04/2018
1,000		29/06/2018
59		28/05/2018
59	FCAM	29/05/2018
NORMAL		29

RESIDENCIAL MONO A931330 1.1.1.1 73

ABR/18	61	CONSUMO	59 A R\$ 0,772196 =	45,55
MAR/18	71	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,99
FEV/18	64	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00		0,34
JAN/18	65	MULTA POR ATRASO 03/18-00		1,05
DEZ/17	66	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00		0,61
NOV/17	87	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,58	
OUT/17	53			
SET/17	104			
AGO/17	82			
JUL/17	69			

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 59 - 0,564890

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/06/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SCPCEN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12.077/04) LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

C114.34C2.5857.7F59.49FA.9C2F.90DC.681D

9,51  
18,06  
2,84  
2,87  
12,27

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
08 JUN 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14  
0,00 0,00 0,00

UNIAO

03/2018

20,70

ROT: 120.070.20.15.201800

1018168-7

53,54

05/2018

06/06/2018

006488304 FCAM

83630000000 4 53540017000 2 00000001018 1 16870518008 6



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-4)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1  
Registro especial de impressão autorizado pelo SERFZ 06/96

Nº da Nota Fiscal: 305546416

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAT/2018	17/05/2018	122	122,62

MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA  
LC SAO FELIPE S/N B-RURAL  
CPF: 00035413301391  
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 107.070.07.82.247000

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA	
Atual:	787	Atual:	10/05/2018
Anterior:	665	Anterior:	11/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Proxima Leitura:	12/06/2018
Consumo Medido:	122	Emissão:	09/05/2018
Consumo Faturado:	122	Apresentação:	10/05/2018
NORMAL		29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Seção	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041618		1.1.1.1	112

HISTÓRICO KWH		VALORES ADICIONAIS	
Mês/ano consumo		CONSUMO	122 A R\$ 0,713227 = 93,11
ABR/18	108	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,24
MAR/18	118	CORRECAO MONETARIA IGPM (4X)	4,09
FEV/18	14	MULTA POR ATRASO (4X)	5,65
JAN/18	233	JUROS DE MORA DE IMPORTE / S/R	7,53
DEZ/17	119	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,41
NOV/17	73		
OUT/17	108		
SET/17	115		
AGO/17	102		
JUL/17	105		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 122 - 0,557538

DECLARAMOS QUITADOS DEBITOS DESTA UL NO ANO DE 2017 (Lei 12007/00).  
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 09/05/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 2460.0905.FEEF.A7CA.39C2.6620.81C0.EF61

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,42	Base de Cálculo:	93,11
Energia:	36,93	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,81	Valor do ICMS:	20,48
Encargos:	5,88	Valor do PIS:	0,81
Tributos:	25,07	Valor do COFINS:	3,78

INDICADORES DE CONTABILIDADE							
	SP	SE	SM	SN	SO	SI	SC
	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
	0,00			0,00			0,00

UNIAO 03/2018 34,41

ROT: 107.070.07.82.247000

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-4)

Nº da Nota Fiscal: 305546416 FCAM

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0177188-4	122,62
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2018	17/05/2018

83600000001 5 22620017000 0 000000000177 6 18840518008 7



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 JUN 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

MAIO/2018 06/06/2018 59 53,54

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA DA SILVA  
R. PE SIMPLICIANO 1935 1935 SAO PEDRO  
CPF: 00073337765300  
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 120.070.20.15.201800

9083		29/05/2018
9024		30/04/2018
1,000		29/06/2018
59		28/05/2018
59	FCAM	29/05/2018
NORMAL		29

RESIDENCIAL MONO A931330 1.1.1.1 73

ABR/18	61	CONSUMO	59 A R\$ 0,772196 =	45,55
MAR/18	71	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,99
FEV/18	64	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00		0,34
JAN/18	65	MULTA POR ATRASO 03/18-00		1,05
DEZ/17	66	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00		0,61
NOV/17	87	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,58	
OUT/17	53			
SET/17	104			
AGO/17	82			
JUL/17	69			

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 54 - 0,564890

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/06/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SCPCEN. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12.077/04) LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

C114.34C2.5857.7F59.49FA.9C2F.90DC.681D

9,51  
18,06  
2,84  
2,87  
12,27

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
08 JUN 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14  
0,00 0,00 0,00

UNIAO

03/2018 20,70

ROT: 120.070.20.15.201800

1018168-7

53,54

05/2018

06/06/2018

006488304 FCAM

83630000000 4 53540017000 2 00000001018 1 16870518008 6



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-4)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1  
Registro especial de impressão autorizado pelo SERFZ 06/96

Nº da Nota Fiscal: 305546416

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 50.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAT/2018	17/05/2018	122	122,62

MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA  
LC SAO FELIPE S/N B-RURAL  
CPF: 00035413301391  
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 107.070.07.82.247000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	787	Atual:	10/05/2018
Anterior:	665	Anterior:	11/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Problema Leitura:	12/06/2018
Consumo Medido:	122	Emissor:	09/05/2018
Consumo Faturado:	122	Apresentação:	10/05/2018
NORMAL		29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Seção	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041618		1.1.1.1	112

HISTÓRICO KWH		VALORES ADICIONAIS	
Mês/ano consumo		CONSUMO	122 A R\$ 0,713227 = 93,11
ABR/18	108	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,24
MAR/18	118	CORRECAO MONETARIA IGPM (4X)	4,09
FEV/18	14	MULTA POR ATRASO (4X)	5,65
JAN/18	233	JUROS DE MORA DE IMPORTE / S/R	7,53
DEZ/17	119	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,41
NOV/17	73		
OUT/17	108		
SET/17	115		
AGO/17	102		
JUL/17	105		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 122 - 0,557538

DECLARAMOS QUITADOS DEBITOS DESTA UL NO ANO DE 2017 (Lei 12007/00).  
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 09/05/2018, não constataremos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 2460.0905.FEEF.A7CA.39C2.6620.81C0.EF61

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,42	Base de Cálculo:	93,11
Energia:	36,93	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,81	Valor do ICMS:	20,48
Encargos:	5,88	Valor do PIS:	0,81
Tributos:	25,07	Valor do COFINS:	3,78

INDICADORES DE CONTABILIDADE							
	SP	SE	SM	SN	SO	SI	SC
	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
	0,00		0,00			0,00	

UNIAO 03/2018 34,41

ROT: 107.070.07.82.247000

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-4)

Nº da Nota Fiscal: 305546416 FCAM

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0177188-4	122,62
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2018	17/05/2018

83600000001 5 22620017000 0 000000000177 6 18840518008 7



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
08 JUN 2018  
  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.047.223-00/ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOEL FREITAS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.828.003-91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOEL FREITAS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.828.003-91, 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 LIDER 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>LOCALIDADE SÃO FELIPE</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>UNIÃO</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64.320-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99552-1450</u>	

União - PI, 08 de junho de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.047.223-00/ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOEL FREITAS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.828.003-91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOEL FREITAS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.828.003-91, 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 LIDER 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>LOCALIDADE SÃO FELIPE</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>UNIÃO</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64.320-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99552-1450</u>	

União - PI, 08 de junho de 2018  
Local e Data

Maycon Jackson Silva de Castro  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MILTON SILVA,

RG nº 2.627.265, data de expedição 21/12/2015

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 639.945.423-91, com

domicílio na cidade de UNIÃO, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SANTO AFONSO LOT VERDE VIDA, nº 1244,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOEL FREITAS DA SILVA, cujo o condutor era

JOEL FREITAS DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CB 150 TITAN OF

Ano: 2006/2007

Placa: LVS-9027

Chassi: 9CJXC08507K016897

Data do Acidente: 24/11/2017

Local e Data: UNIÃO - PI 02/04/2018

Milton Silva

Assinatura do Declarante

Joel Freitas da Silva

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



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MILTON SILVA,

RG nº 2.627.265, data de expedição 21/12/2015

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 639.945.423-91, com

domicílio na cidade de UNIÃO, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SANTO AFONSO LOT VERDE VIDA, nº 1244,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOEL FREITAS DA SILVA, cujo o condutor era

JOEL FREITAS DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CB 150 TITAN OF

Ano: 2006/2007

Placa: LVS-9027

Chassi: 9CJXC08507K016897

Data do Acidente: 24/11/2017

Local e Data: UNIÃO - PI 02/04/2018

Milton Silva

Assinatura do Declarante

Joel Freitas da Silva

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




*João de Deus Martins*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAD. CÍVIL 1.683.582 DATA DE EMISSÃO 13/09/10

INSCRIÇÃO FISCAL

JOEL FREITAS DA SILVA

FLUXÃO

MARIA DE JESUS FREITAS  
RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA

UNIAO-PI

CERT. NASC. 80372 L A99 F 243  
EXP. UNIAO-PI 09/04/03

DATA DE INSCRIÇÃO 12/05/1978

634.828.003-91

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

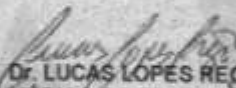
08 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**JOEL FREITAS DA SILVA****RELATÓRIO MÉDICO**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA, PORTADOR DE RG Nº 1.683.582-SSP/PI, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 24/11/2017 COM TRAUMA EM CRÂNIO, CURSANDO COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO DE GRAU MÉDIO E HEMORRAGIS SUBARACNOIDE À ESQUERDA, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. DATA DA ALTA MÉDICA 27/04/18. ATUALMENTE APRESENTA-SE COM CEFALIA PÓS-TRAUMÁTICA, TONTURA, HIPOACUSIA DIREITA E DÉFICIT DE MEMÓRIA.

Teresina, 06/06/2018

  
Dr. LUCAS LOPES RÊGO  
MÉDICO DO TRABALHO - CRM 3932

Dr. Lucas Lopes Rêgo  
Médico do Trabalho  
CRM - PI: 3932 - 6406

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
 MATOS JACSON SILVA DE CASTRO

**FOTO**

**DATA DE EMISSÃO**  
 28/03/2014

**CID**  
 036.677.223-00

**DATA DE VALIDADE**  
 12/03/2015

**NÚMERO**  
 863882719

**TIPO**  
 B

**CLASSIFICAÇÃO**  
 01

**VALIDADE**  
 04/01/2017

**PRESTADOR**  
 18/10/2012

**ASSINATURA**  
 Jacson Silva de Castro

**DATA DE EMISSÃO**  
 17/01/2014

**ASSINATURA DO DETRAN**  
 45707624861  
 82213528306

**DETRAN-PI (PIAUÍ)**

**VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
 863882719

**PROBANDO PLASTIFICAR**  
 863882719

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




*João de Deus Martins*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAD. CÍVIL 1.683.582 DATA DE EMISSÃO 13/09/10

INSCRIÇÃO FISCAL

JOEL FREITAS DA SILVA

FLUXÃO

MARIA DE JESUS FREITAS  
RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA

UNIAO-PI

CERT. NASC. 80372 L A99 F 243  
EXP. UNIAO-PI 09/04/03

DATA DE INSCRIÇÃO 12/05/1978

634.828.003-91

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



**SEM DESPESAS DE PORTE OBRIGATORIO**  
**DATA DE EMISSÃO: 02/01/2008**  
DEVIDO TER POR FINALIDADE PROTEÇÃO CONTRA AS ATUAIS DANOS PERICULOS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES E SUA TERRESTRE, EM POR SUA CLASSE, A PRESTAR TRANSPORTAÇÃO SUJETA  
O SEGURO DE DANOS E OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETARIOS DE VEICULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 1.360 DE 1974  
E A LEI Nº 1.360 DE 1974  
A AUTUALIDADE DO SEGURO, DAVAR A SEU SEGURO, CONCORDANDO COM  
LIMITES MAXIMOS DE INDENIZACAO POR PREJUIZO VITIMADA:  
MORTE: INVALIDEZ PERMANENTE: DATA: 02/01/2008  
ATE R\$ 2.000,00 ATE R\$ 2.000,00 ATE R\$ 2.000,00  
DOCUMENTACAO NUNCA NECESSARIA PARA FIM DE INDENIZACAO  
MORTE: REGISTRO DE DOENCA EM EXPEDIENTE PELA AUTOMOTORA, COM O NOME, ENDEREÇO, CARTEIRA DE COTIZACAO E PROVA  
A QUALIDADE DE MORTALIDADE  
INVALIDEZ PERMANENTE: LAUDO DO INSTITUTO MEDICO LEGAL DA JURISDICCÃO DO ACIDENTE, OU DA INDENIZACAO  
DA VITIMA, COM IDENTIFICACAO DA SINTETICA E QUANTIFICACAO DAS LESOES PERMANENTES, TO TAMBEM  
MARCAS, DE ACORDO COM O PRECATORIO DA TABELA, CONSTATADO A LEI Nº 1.360 DE 1974 E O REGISTRO DA OCORRÊNCIA  
EXPEDIENTE PELA AUTOMOTORA COMPRETENTE.  
DESPESAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES: DADOS: PROVA DAS DESPESAS MEDICAS EFETUADAS;  
PROVA DE QUE AS DESPESAS SÓFICIONEM O ATENDIMENTO A VITIMA DO ACIDENTE ENVOLVENDO VEICULO AUTOMOTOR  
COM VELA, IDENTIFICACAO E LAUDO DO LAUDO OCORRÊNCIA FORNECIDO PELA AUTOMOTORA COMPRETENTE; EM EMBR-  
OVIDA CONSTATAR, COMPARACAO ENTRE: O NOME DO HOSPITAL, AMPLIACAO, OU MEDICO ASSISTENTE  
QUE TIVER PRESTADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO A VITIMA.  
AS SEGURADORAS PODERAO SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ARTIGO 20 DO ANEXO A  
RESOLUCAO CNIS Nº 154, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2008.  
PRazo PARA LIQUIDACAO DO SEGURO: TRINTA DIAS CONTADOS DA APRESENTACAO DA DOCUMENTACAO NECESSARIA.  
CENTRAL DE ATENDIMENTO DO SEGURO: 0800-020000 - DAVAR TEL: 0800-0201204.  
SUMM - ATENDIMENTO AO PUBLICO: TEL: 0800-0201840.  
SITE PARA ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DAVAR: <http://www.dovastaseguro.com.br>

1% JONDO POR CIENTO DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO É REPASSADO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO - DENATRAN PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÁNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 76 DA LEI Nº 8.505 - CÓDIGO DE TRÁNSITO BRASILEIRO).

#### AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULHAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRA

**SEM DESPESAS DE PORTE OBRIGATORIO**  
**DATA DE EMISSÃO: 02/01/2008**  
DEVIDO TER POR FINALIDADE PROTEÇÃO CONTRA ACIDENTES DE TRÂNSITO CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES E/OU FERRENTES, EM POR SUA CLASSE, A PRESTAÇÃO TRANSPORTADA SOMENTE  
O SEGURO DE DANOS E OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETARIOS DE VEICULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 1.370 DE 1974  
E A LEI Nº 1.371 DE 1974  
A AUTUALIDADE DO SEGURO, DAVAR A SEU VALOR ANUAL DE R\$ 1.200,00  
LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO POR PRESTAÇÃO VITIMADA:  
MORTE: R\$ 1.200.000,00  
INVALIDEZ PERMANENTE: R\$ 1.200.000,00  
DATA: 02/01/2008  
ATE Nº 2.170.00  
DOCUMENTAÇÃO NÁUTICA NECESSÁRIA PARA EMPENHO DE INDENIZAÇÃO:  
MORTE: REGISTRO DE OBITO EM EXPEDIENTE PELA AUTORIDADE LOCAL, COM O ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO DE ORIGEM E PRIMA CAUSA DE MORTE EM SEU PRÓPRIO  
INVALIDEZ PERMANENTE: LAUDO DO INSTITUTO MEDICO LEGAL DA JURISDIÇÃO DO ACIDENTE, OU DA INDENIZADA DA VITIMA, COM IDENTIFICAÇÃO DA SINTOMATIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TO TAMBÉM O HISTÓRICO, DE ACORDO COM O PRECATÓRIO DA TABELA, CONSTATANTE DO ANEXO A LEI Nº 1.374 E O REGISTRO DA OCORRÊNCIA EM EXPEDIENTE PELA AUTORIDADE COMPETENTE.  
DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES - DAME: PROVA DAS DESPESAS MÉDICAS EFETIVADAS; PROVA DE QUE, EM CASO DE DESPESAS, O DOENADO DO ATENDIMENTO A VITIMA DO ACIDENTE ENVOLVIDO VEÍCULO AUTOMOTOR CLASSE VEICULO Nº 1, E AGUARDAR NA MESMA OCORRÊNCIA FORNECIDO PELA AUTORIDADE LOCAL; COMPETENTE - EM CASO DE OBITO, CONSTATANTE DO PRECATÓRIO, O REGISTRO DO HOSPITAL, AMBULATÓRIO, OU MÉDICO ASSISTENTE QUE TIVER PRESTADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO A VITIMA.  
AS SEGURADORAS PODERÃO SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ARTIGO 20 DO ANEXO A RESOLUÇÃO CNIS Nº 154, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2008.  
PRazo PARA LIQUIDAÇÃO DO SEGURO: TRINTA DIAS CONTADOS DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, CENTRAL DE ATENDIMENTO DOB Nº 0800 020 0008 - DAVAR TEL. 0800 0201204.  
SUMM - ATENDIMENTO AO PÚBLICO: TEL. 0800 0201840.  
SITE PARA ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DAVAR: <http://www.dovastaseguro.com.br>

1% JONDO POR CIENTO DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO É REPASSADO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO - DENATRAN PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÁNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 76 DA LEI Nº 8.505 - CÓDIGO DE TRÁNSITO BRASILEIRO).

#### AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

- IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

#### AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULAS DE TRÁNSITO

ENCARGOS DO DETRA

## PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

GENTE SEGURO S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

OUTORGANTE	Joel Freitas da Silva		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	União - PI
Estado Civil	solteiro	RG nº	1.683.582
Profissão	barrador.	CPF nº	634.828.003-91
Endereço	Rua Padre Simpliciano 1935		
Bairro	São Pedro	CEP	64.120-000
Município/UF	União - PI		

**OUTORGADOS:** MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.

### **PODERES:**

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: entrada e acompanhamento de processo administrativo de Seguro DPVAT, junto a Seguradora LIDER.

União/PI, 08 de junho de 2018.

Joel Freitas da Silva

OUTORGANTE

COMARCA DE UNIÃO  
CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA

SEGUR  
MARIA DELINA PI  
Tabela P  
LUCINTE  
Es

Selo de Fiscalização  
Autenticidade  
Poder Judiciário  
Estado de Piauí  
Atos de Notas,  
Registro e  
Judiciais

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA

2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI  
Rua Antônio Lobato, 407 - Centro - União - PI - Fone: (86) 3265-1343 - CNPJ: 01.352.472/0001-42

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOEL FREITAS DA SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. UNIÃO-PI, 08/06/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,22 Total: 4,70 Selo: AED.28931 (F560P19)

MARCIA MARIA CHAVES COELHO-Auxiliar de Escrevente



## PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

GENTE SEGURO S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

OUTORGANTE	Joel Freitas da Silva		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	União - PI
Estado Civil	solteiro	RG nº	1.683.582
Profissão	barrador.	CPF nº	634.828.003-91
Endereço	Rua Padre Simpliciano 1935		
Bairro	São Pedro	CEP	64.120-000
Município/UF	União - PI		

**OUTORGADOS:** MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.

### **PODERES:**

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: entrada e acompanhamento de processo administrativo de Seguro DPVAT, junto a Seguradora LIDER.

União/PI, 08 de junho de 2018.

Joel Freitas da Silva

OUTORGANTE

COMARCA DE UNIÃO  
CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA

SEGUR  
MARIA DELINA PI  
Tabela P  
LUCINTE  
Es  
Tabela P

Selo de Fiscalização  
Autenticidade  
Poder Judiciário  
Estado de Piauí  
Atos de Notas,  
Registro e  
Judiciais

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA

2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI  
Rua Antônio Lobato, 407 - Centro - União - PI - Fone: (86) 3265-1343 - CNPJ: 01.352.472/0001-42

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOEL FREITAS DA SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. UNIÃO-PI, 08/06/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,22 Total: 4,70 Selo: AED.28931 (F560P19)

MARCIA MARIA CHAVES COELHO-Auxiliar de Escrevente



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOEL FREITAS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180305325**

Vitima: **JOEL FREITAS DA SILVA**

Data do Acidente: **24/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180305325**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13047111



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** JOEL FREITAS DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180305325  
**Vítima:** JOEL FREITAS DA SILVA  
**Data do Acidente:** 24/11/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

**Assunto:** NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Senhor(a),

Após a análise no sinistro cadastrado sob o **número 3180305325**, verificamos a existência de irregularidades, por essa razão o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

634.828.003-91

Nome completo da vítima

JOEL FREITAS DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo JOEL FREITAS DA SILVA		CPF titular da conta 634.828.003-91	Profissão RECUSO
Endereço R. PE. SIMPLICIANO		Número 1935	Complemento
Bairro SAO PEDRO	Cidade UNIAO	Estado PAVI	CEP 84120-000
Email		Telefone (DDD) (86) 9.9443.1295	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome BRADESCO NRO 237	
AGÊNCIA NRO D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO D/V (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO 05811 D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO 000000004193 D/V 9 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

UNIAO-PI, 06 de JUNHO de 2018  
Local e Data

Joel Freitas da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <b>634.828.003-91</b>	Nome completo da vítima <b>JOEL FREITAS DA SILVA</b>
---------------------------	--	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>JOEL FREITAS DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>634.828.003-91</b>	Profissão <b>RECUSO</b>
Endereço <b>R. PE. SIMPLICIANO</b>	Número <b>1935</b>	Complemento
Bairro <b>SÃO PEDRO</b>	Cidade <b>UNIAO</b>	Estado <b>PAV</b>
Email	CEP <b>04120-000</b>	Telefone (DDD) <b>(16) 9.9443.1295</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome <b>BRADESCO</b> NRO <b>237</b> AGÊNCIA NRO <b>05811</b> D/V <b>000000004193</b> D/V <b>9</b> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**UNIAO-PA**, 06 de **JUNHO** de **2018**  
Local e Data

**Joel Freitas da Silva**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000487/2018-10**

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Everaldo Rodrigues Freire

Data/Hora: 21/03/2018 - 15:02

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

ESTRADA DA VILA NOVA CONQUISTA, Nº:

Complemento

449095

Data/Hora

24/11/2017 - 08:30

Bairro

VILA NOVA CONQUISTA

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOEL FREITAS DA SILVA

RG: 1.683.582 SSP/PI

Mãe: MARIA DE JESUS FREITAS

Endereço: RUA PE. SIMPLICIANO, Nº 1935

Bairro: SÃO PEDRO

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**MEIO(S) EMPREGADO(S)**

Meio(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 150 TITAN ES

Condutor: JOEL FREITAS DA SILVA

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

Proprietário: MILTON SILVA

Cidade: UNIÃO UF: Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

LVS9027

Renavam:

905485084

Cor:

Preta

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O denunciante compareceu a esta Delegacia para comunicar que em data, local e horário já mencionados trafegava na moto acima mencionada por uma estrada vicinal que dá acesso à Vila Nova Conquista, quando surgiu em sua frente um garoto em uma bicicleta, sendo que o denunciante não teve como desviar e veio a colidir com a bicicleta o que lhe causou a queda do veículo, que o denunciante foi socorrido por uma ambulância do SAMU e levado ao hospital local, tendo sido mais tarde transferido para o hospital HUT em Teresina, onde o mesmo foi submetido aos atendimentos e procedimentos médicos, conforme prontuários médicos, pelos fatos aqui narrados faz o presente registro e requer certidão.

Everaldo Rodrigues Freire - Mat. 0094757  
AGENTE DE POLÍCIA

JOEL FREITAS DA SILVA - Notificante  
Responsável pela Informação



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000487/2018-10**

Delegado de Polícia

Nº 27-1224-5







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000487/2018-10**

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Everaldo Rodrigues Freire

Data/Hora: 21/03/2018 - 15:02

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

ESTRADA DA VILA NOVA CONQUISTA, Nº:

Complemento

Data/Hora

24/11/2017 - 08:30

Bairro

VILA NOVA CONQUISTA

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOEL FREITAS DA SILVA

RG: 1.683.582 SSP/PI

Mãe: MARIA DE JESUS FREITAS

Endereço: RUA PE, SIMPLICIANO, Nº 1935

Bairro: SÃO PEDRO

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

CENTRO SEGUROS S.A.  
Rua Cordeiro da Rêsonde, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**MEIO(S) EMPREGADO(S)**

Meio(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 150 TITAN ES

Condutor: JOEL FREITAS DA SILVA

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

Proprietário: MILTON SILVA

Cidade: UNIÃO UF: Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

LVS9027

Renavam:

905485084

Cor:

Preta

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O denunciante compareceu a esta Delegacia para comunicar que em data, local e horário já mencionados trafegava na moto acima mencionada por uma estrada vicinal que dá acesso à Vila Nova Conquista, quando surgiu em sua frente um garoto em uma bicicleta, sendo que o denunciante não teve como desviar e veio a colidir com a bicicleta o que lhe causou a queda do veículo, que o denunciante foi socorrido por uma ambulância do SAMU e levado ao hospital local, tendo sido mais tarde transferido para o hospital HUT em Teresina, onde o mesmo foi submetido aos atendimentos e procedimentos médicos, conforme prontuários médicos, pelos fatos aqui narrados faz o presente registro e requer certidão.

Everaldo Rodrigues Freire - Mat. 0094757  
AGENTE DE POLÍCIA

Joel Freitas da Silva  
JOEL FREITAS DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000487/2018-10

Delegado de Polícia



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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima JOEL FREITAS DA SILVA CPF da Vítima 634.828.003-91 Data do Acidente 24/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal \_\_\_\_\_ CPF do Representante legal \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ Telefone (DDD) \_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com grau superior ao inventado, das do respectivo pedido.

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

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

Umuç - 06 de JUNHO de 2018  
Local e Data

Joel Freitas da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: JOEL FREITAS DA SILVA CPF da Vítima: 634.828.003-91 Data do Acidente: 24/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ CPF do Representante legal: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com grau superior ao inventado, das do respectivo pedido.

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

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

Umuatuba - 06 de JUNHO de 2018  
Local e Data

Joel Freitas da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** JOEL FREITAS DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180263910  
**Vítima:** JOEL FREITAS DA SILVA  
**Data do Acidente:** 24/11/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE**

Senhor(a),

Após a análise no sinistro cadastrado sob o **número 3180263910**, verificamos a existência de irregularidades, por essa razão o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOEL FREITAS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180263910**

Vitima: **JOEL FREITAS DA SILVA**

Data do Acidente: **24/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180263910**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12940513



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOEL FREITAS DA SILVA**

Sinistro: **3180263910**

Vítima: **JOEL FREITAS DA SILVA**

Data do Acidente: **24/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180263910** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

