

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			

THRUT SPM TRIBUTO:
84 54 - 0.564890

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15/06/2018. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SCDOM. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 13.877/18)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO

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

08 JUN 2018

9,51 45,55 GENTE SEGURADORA S.A.
18,06 22,00 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
2,84 10,32 Centro-Norte CEP: 64.002-470
2,87 0,40 Teresina-PI
12,27 1,85

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. Marechal Rondon 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1
Registro especial de impressão autorizado pelo SEFRZ/06/96

Nº da Nota Fiscal: 305546416
A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEB foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MENSAL	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/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

DATA DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
ABR/18	787	Atual: 10/05/2018
Anterior:	665	Anterior: 11/04/2018
Consumo de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura: 12/06/2018
Consumo Médio:	122	Emissão: 09/05/2018
Consumo Padrão:	122	Agrupamento: 10/05/2018
	FCAM	

NORMAL

29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fis.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041618		1.1.1.1	112
MOTOR DE CONVERTE					
Hábitos consumo					
ABR/18	108	CONSUMO 122 A R\$ 0,713227 = 93,11			
MAR/18	118	CONTR. ILUMINACAO PUB. (C05II') 12,24			
FEV/18	14	CORRECAO MONETARIA IGPM (4X) 4,09			
JAN/18	233	MULTA POR ATRASO (4X) 5,65			
DEZ/17	119	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SIR 7,53			
NOV/17	73	ADICIONAL BANDEIRA ANARELA 0,41			
OUT/17	108				
SET/17	115				
AGO/17	102				
JUL/17	105				
TRIFESA SEM TRIBUTOS:					
		8 A 122 - 0,557308			

PERIODICAMENTE / EXIBIDO AO FUSIONADO
Declaro que os débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12.897/09)
LIGUE 0800 0800 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/05/2018, não constataram faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		2460.0905.FEEE.A7CA.39C2.6620.81C0.FF61	IMPÓSITOS RETRIBUÍDOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				
Distribuidor:	19,42	Base de Cálculo:	93,11	
Fixo:	36,93	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	5,81	Valor do ICMS:	20,43	
Encargos:	5,88	Valor do PIS:	0,81	
Tributos:	25,07	Valor do COFINS:	3,78	

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE

UNIAO	03/2018	34,41
0,00	0,00	0,00
7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,73 4,14		
0,00	0,00	0,00

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0177188-4	122,62
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2018	17/05/2018
Nº da Nota Fiscal:	305546416 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual 19.301.383-5

8360000001 5 22620017000 0 00000000177 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

1018168-7

006488304

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			
TOTAL SPM TRIBUTO:				
84 54 - 0,564890				

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15/06/2018. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SCDOM. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 13.877/01).
 LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO

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

08 JUN 2018

9,51	45,55 GENTE SEGURADORA S.A.
18,06	22,00 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
2,84	10,32 Centro-Norte CEP: 64.002-470
2,87	0,40 Teresina-PI
12,27	1,85

7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
0,00			0,00			0,00
				03/2018	20,70	

UNIAO

1018168-7

53,54

05/2018 06/06/2018

006488304 FCAM

83630000000 4 53540017000 2 00000001018 1 16870518008 6



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1
Registro especial de impressão autorizado pelo SEFRZ/06/96

Nº da Nota Fiscal: 305546416
A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEB foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MENSAL	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/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

DATA DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
ABR/18/2018	787	Atual: 10/05/2018
Anterior:	665	Anterior: 11/04/2018
Comunicação de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura: 12/06/2018
Consumo Médio:	122	Emissão: 09/05/2018
Consumo Padrão:	122	Agrupamento: 10/05/2018
	FCAM	

NORMAL

29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fis.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041618		1.1.1.1	112
MOTOR DE CONVERTE					
Hábitos consumo					
ABR/18	108	CONSUMO 122 A R\$ 0,713227 = 93,11			
MAR/18	118	CONTR. ILUMINACAO PUB. (C05II') 12,24			
FEV/18	14	CORRECAO MONETARIA IGPM (4X) 4,09			
JAN/18	233	MULTA POR ATRASO (4X) 5,65			
DEZ/17	119	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SIR 7,53			
NOV/17	73	ADICIONAL BANDEIRA ANARELA 0,41			
OUT/17	108				
SET/17	115				
AGO/17	102				
JUL/17	105				
TRIFESA SEM TRIBUTOS:					
		8 A 122 - 0,557308			

PERIODICAMENTE / EXIBIDO AO FUSIONADO
Declaro que todos os débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12.897/09)
LIGUE 0800 0800 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/05/2018, não constataram faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		2460.0905.FEEE.A7CA.39C2.6620.81C0.FF61	IMPÓSITOS RETRIBUÍDOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				
Distribuidor:	19,42	Base de Cálculo:	93,11	
Fixo:	36,93	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	5,81	Valor do ICMS:	20,43	
Encargos:	5,88	Valor do PIS:	0,81	
Tributos:	25,07	Valor do COFINS:	3,78	

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE

7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,73	4,14
0,00				0,00		0,00

UNIAO

ROT: 107.070.07.82.247000

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual 19.301.383-5

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

Nº da Nota Fiscal: 305546416 FCAM

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

8360000001 5 22620017000 0 00000000177 6 18840518008 7



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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.077.223-001, 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: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
e apresentar os documentos comprobatórios:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. das Américas, 400 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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		Número	Complemento
LOCALIDADE: SÃO FELIPE		S/N	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: UNIÃO	Estado: PI	CEP: 64.320-000
Email:	Telefone comercial (DDD):	Telefone celular (DDD):	(86) 99552-1450

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.077.223-001, 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: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
e apresentar os documentos comprobatórios:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. das Américas, 400 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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		Número	Complemento
LOCALIDADE: SÃO FELIPE		S/N	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: UNIÃO	Estado: PI	CEP: 64.320-000
Email:	Telefone comercial (DDD):	Telefone celular (DDD):	(86) 99552-1450

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

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MILTON SILVA,

RG nº 2.627.265, data de expedição 21/12/2005
Órgão ESP-PE, 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 1249,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOEL FREITAS DA SILVA, cujo o condutor era
JOEL FREITAS DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 150 TITAN OF

Ano: 2006/2007

Placa: LVS-9027

Chassi: 9CJLC08507K016897

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 21/12/2005
Órgão ESP-PE, 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 1249,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOEL FREITAS DA SILVA, cujo o condutor era
JOEL FREITAS DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 150 TITAN OF

Ano: 2006/2007

Placa: LVS-9027

Chassi: 9CJLC08507K016897

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)





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 MOTOCICLÍSTICO 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 CEFALÉIA PÓS-TRAUMÁTICA, TONTURA, HIPOACUSIA DIREITA E DÉFICIT DE MEMÓRIA.

Teresina, 06/06/2018

lucas lopes rego
Dr. LUCAS LOPES REGO
MÉDICO DO TRABALHO CRM 3932
lucas lopes rego
Dr. Lucas Lopes Rego
Médico do Trabalho
CRM - PI 3932 - MA - 6401

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Log C Centro-Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI



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



DETRAN - PI		Nº 96714977441	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA:	ODG-RENAULT	TEL. DFC:	EXERCÍCIO:
	3008800314		2011
1980	HOME		
9061			
5364			
4272			
5473			
e993	*****		
6156	*****		
8076	BPF / CNPJ		
1e20	PLACA:		
6301	LV3-9027		
2712	CHASSI:		
630991542391			
3024KG09337R016897			
ESPECIE TIPO:		COMBUSTIVEL	
P2.1/ATMOS 16V/MONOSHIFRA		GASOLINA	
MARCA / MODELO:		ANO FAB.	ANO MOD.
MONDIA/CC 150 TITAN ES		2006	2007
CAF / POT / CIL:		COR PREDOMINANTE	
002P/1490C		PARTICU	
DOTA UNICA		VENO: DOTA UNICA	
FAIXA IPVA:		VENO: DOTAIS	
PAÍSA LIHVA:		PAGAMENTO: QOTAS	
I		1º	IPVA
P		2º	
Y		3º	PAGO
A			
PRÉMIO TARIFARIO (R\$) :		IOF (R\$) :	
PRÉMIO TOTAL (R\$) :		DATA DE PAGAMENTO	
DETALHADO OBRIGATÓRIO			

DESPESA DE VIAGEM	
SEM RESTRICÇÃO DE PÓTE OBRIGATÓRIO	
VOCÊ TEM POR PRIVILEGIO, PROMOVER COMO MÁXIMA DANEZA PREVIDER E SALVANDO OS VEHÍCULOS AUTOMOTIVOS TRANSPORTES, DA MELHOR FORMA, A MELHORAS TRANSPORTADAS EXISTENTES, E PODE OFERTAR O OBRIGATÓRIO PARA PODER SE DESLOCAR SEM RISCOS DE VÉHICULOS DE VELOCIDADE, DE ALGUMOS DIA SULAVIA, TURISMO, ETC.	
INCLUIANDO UNIFORME PROTECCIONAL DE CADA MIGRAÇÃO CONCEPTE, P E MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA.	DATA 17/01/2017
INSCRIÇÃO AUTOMOTIVA	

SEM-RESTRICTIONS

INSCRIÇÃO PREVIA	INSCRIÇÃO PREVIA	LIGAR
ATÉ MESES 12 (12.000)	ATÉ MESES 12 (12.000)	ATE MESES 12 (700.000)
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA EXERCER A INDENIZAÇÃO:		
-MORTE - NÚMERO DE COPIAS HABILITADAS PELA INSTITUIÇÃO FINANCIADORA DA CAMPANHA - CERTIFICO DE CÓPIAS E PROVA DA UNIFORMIDADE DO DOCUMENTO		
-INVALIDEZ PERMANENTE - ANO DA INSTITUIÇÃO MEDICA LIBRAL DA INVALIDEZ DO ACIDENTE, QUANDO DA INVALIDEZ DA VITIMA, COM A IDENTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS DA TABELO, CONSTANTE DO ANEXO II US 1964, E REGISTRO DA Ocorrência		
-DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES - DAMIS: PROVA DAS DESPESAS MÉDICAS ESPIUTADAS, PROVA DE QUE AS DESPESAS SE ENCONTRAM NO ATENDIMENTO A VITIMA DO ACIDENTE, FAVORECENDO O VÍTEL AUTOMOTOR DA UNIÃO, ESTADUAL, E MUNICIPAL, DE CORRESPONDÊNCIA SENSÍVEL RELACIONADA AO FOGO DE GUERRA, DIVERGIRIA CONSTAR, OBRIGATÓRIAMENTE, O NOME DO HOSPITAL, AMBULATÓRIO, OU MEDICO ASSISTENTE QUE TIVER PRESTADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO À VITIMA.		
-AS SEGURODADORES PODERÃO SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ARTIGO 20 DO ANEXO À RESOLUÇÃO CNSP CNP 184, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2008.		
-PRADO - PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO: TRINTA DIAS CONTADOS DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, CENTRAL DE ATENDIMENTO DOS CONSORCIOS - DPVAT TEL: 0800-02121204.		
-SIIFF - ATENDIMENTO AO PÚBLICO TEL: 0800-0218404		

OBSERVAÇÕES

- PARA CÁLCULO DO TOTAL A PAGAR EM REAIS:
- APlicar o PERCENTUAL DO IPB SOBRE O PRÉMIO TANFÁRIO ACREScido DO CUSTO DO BILHETE;
- O PRÉMIO TOTAL + PAGAR R\$ 1,00; A SOMA DO PRÉMIO TANFÁRIO + CUSTO DO BILHETE - 1,00;

O SEGURO OBIGATÓRIO DE DANOS FISCAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRÍSTICA, OU PON-
DE CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, CUI NÃO - DEVE SER PAGA, INTERESSANTE O LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

PRIMAR O SEU SEGURO OBIGATÓRIO - DIVULG JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COPIA DA QUITA ÚNICA DO IMPORTE
DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, O VENCIMENTO DO IMPORTE E DO SEGURO OBIGATÓRIO SEMPRE
NA MESMA DATA;

É IMPORTANTE REITERAR QUAIS SÃO OS SEGUROS OBIGATÓRIOS NÃO PAGOS, O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DIREITAMENTE
LICENCIADO (ART. 10º REGULAMENTO CONTRAM - 2016);

10º) FUNCIONAL E CÍNICO PRA CENSO, DO VALOR DO PRÉMIO DO SEGURO OBIGATÓRIO PAGO, É REPARADO AD
FUNDO ESPECIAL DA SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AS
VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARAGRAFO ÚNICO DO ART 27 DA LEI 8.912, ALTERADO PELO PARAGRAFO ÚNICO DO
ART 28 DA LEI 8.992);

11º) DESCONTO (CENTO) NO VALOR DO PRÉMIO DO SEGURO OBIGATÓRIO E REPASSADO AO DEPARTAMENTO NACIONAL
DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA CUSTEIO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
PROGRAMADA (DECRETO-LEI 107/82, DA LEI 11.658/98, CONDIÇÕES DE TRÂNSITO, PRAMAR-98).

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar

Centro - Rio de Janeiro

AUTENTIGAÇÃO MECÂNICA

PI N°	9671497441	BILHETE DE SEGURO DPVAT	
		EXERCÍCIO	
		2011	PLACA
CPF / CNPJ		LV8-9027	
63994542391			
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PI N°	9671497441	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
VIA	CPF / CNPJ	2011	19/01/2011
1	63994542391	PLACA	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
305185081		HONDA / CB 150 TITAN ES	
ANO FAB.	DATA	Nº CHASSI	
2006	09	9C2KC02507R056897	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
TARIFAS (R\$)	TENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
123,32	013,70	137,00	
CUSTO DO RENAVAM (R\$)		ADF (R\$)	TARIFAS (R\$)
004,15		001,05	279,27
ENCARTEAMENTO		DATA DE EXPEDIÇÃO	
COTA ÚNICA		PARCELA DO	

Seguradora Líder dos Consórcios
COLHEITA CONSÓRCIOS
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

—
—

IRVING - 18 GOTA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ADVERTISING AND MARKETING

TE SEGURADORA S.A.
elho de Rasoende, 465 Loja C
o-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PJ

卷之三

-IPVA - 2014 CDTA -

DET

- IPVA - 2^a COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

BENTRAN

DETRAN - PI

Nº 9671497441

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 9671497441 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA	ODG / RENAVAM	TNF / CPC	EXERCÍCIO
1	30094542391		2011
1990		HOME	
5061			
1364	MILLION SILVA		
4273			
5273	*****	*****	*****
6930	*****	*****	*****
6150	*****	*****	*****
5978	CPF / CNPJ	PLACA	
1420	63094542391	LVS-9027	
3201	PLACA ANTIGUA	CHASSI	
2712			
	302KC08507R016897		
	TIPO DE VÉHICULO	COMBUSTÍVEL	
	PER/ATV/TC/TE/ANTR/THIMA	GASOLINA	
	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
	HONDA / CG 150 TITAN ES	2006	2007
	CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
	002P/1690C	PARTICU	PRETA
I	DOTA UNICA	VEIC. COTA UNICA	VENO / BOTAS
P		1º IPVA	
V	FAVA LIVRA	PARCELAMENTO / COTAS	2º
A			3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IPF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
			DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATÓRIO			
OBSERVAÇÕES			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE PORTO OBRIGATÓRIO

SEGURADO TEM POR FINALIDADE PROTEGER OPORTUNAMENTE AS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

O SEGURO DE DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM O LIVRO DE INSTRUÇÕES DO SEGURO DPVAT.

VALORES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA:

DATA

18/01/2012

DO DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PRÉMIO DE INDENIZAÇÃO:

NOTA: - REGISTRO DE DOCUMENTO DE PROPRIEDADE PÚBLICO AUTOMOTOR, COMPROVANTE DE CUSTO E PROVA DA CUSTÓDIA DE UM IMÓVEL PÚBLICO.

INVALIDEZ PERMANENTE: - ALCÔO DO INSTITUTO MEDICO-Legal DA AGRICULTURA DO ASSISTENTE OU DA ASSOCIAÇÃO DA VITAL, COM VERIFICAÇÃO DA IRMOSISTÊNCIA E GEPATHOMOGNACIA DAS LESÕES PERMANENTES, VITÓRIAS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PRECONCEITOS DE TABELA, CONSTANTE DO ANEXO I LEI 8.194/91, E REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE COMPETENTE.

INSCRIÇÃO DE SINISTRO: - DOCUMENTO DE SINISTRO E SUPLEMENTARES - DAMIS: PROVA DA DESPESA / MÉDICAS ESTUDIADES / PREVIA DE CUSTO / AGENDA DE CONSULTA / ATENDIMENTO A VITIMA / ACIDENTE INVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE. E, RESPECTIVAMENTE, O RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA FORNECIDO PELA AUTORIDADE COMPETENTE / INFORMAÇÕES DE VÍTIMA, CONSTANTE, O NOME DO HOSPITAL, AMBULATORIO, OU MÉDICO ASSISTENTE QUE TIVER PRESTADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO A VITIMA.

AS SEGURADORAS PODERÃO SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOSS TERMOS DO ARTIGO 20 DO ANEXO A PREVISÃO CRISP Nº 194, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2008.

PERÍODO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO: TRINTA DIAS CONTADOS DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

CENTRAL DE ATENDIMENTO DOS CONSÓRCIOS - DPVAT TEL. 0000-0021204.

SUDEP - ATENDIMENTO AO PÚBLICO: TEL. 0800-0218464.

SITE PARA ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DPVAT: <http://www.dpvatseguro.com.br>

OBSERVAÇÕES:

PARA CÁLCULO DO TOTAL A PAGAR EM REAIS:
- APlicar o percentual do IPF sobre o prémio tarifário acrédito do custo do bilhete.
- O prémio total a pagar é igual à soma do prémio tarifário + custo do bilhete + IPF.

O SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - DPVAT É PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

PRÉMIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU QUOTA ÚNICA DO IMPÔTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA. O VENCIMENTO DO IMPÔTO E DO SEGURO OCORRER SEMPRE NA MESMA DATA.

É IMPORTANTE RESENHAR QUE SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO, O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO (ART. 19 DO REGULAMENTO CONTRATO FESTE).

1% (UM) E CRÉDITO POR CUSTO DO VALOR DO PRÉMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO, E REPASSADO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR AS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PRAGMÁTICO ÚNICO DO ART. 27 DA LEI 8.194, ALTERADO PELO PRAGMÁTICO ÚNICO DO ART. 7º DA Lei nº 8.686).

5% (CINCO) POR CUSTO DO VALOR DO PRÉMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO E REPASSADO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - MECANICAL, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS AO PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PRAGMÁTICO ÚNICO DO ART. 19 DA LEI nº 8.686 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar

Centro - Rio de Janeiro

www.seguradoralider.com.br

EXERCÍCIO	2011
ODF / CNPJ	PELCA
63094542391	LVS-9027

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 9671497441 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2011 19/01/2012

VIA ODF / CNPJ PLACA

1 63094542391 LVS-9027

RENAVAM MARCA / MODELO

302KC08507R016897 HONDA / CG 150 TITAN ES

ANO FAB. DTW N. CHASSI

2006 09 902KC08507R016897

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

123,32 013,70 137,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) IPF (R\$) TOTAL (R\$)

004,15 001,05 279,21

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

DOTA UNICA PARCELADO 20/12/2011

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

MULTAS DE TRANSITO
ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

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

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

OUTORGADOS: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasilciro, 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 QUAESMA

SEGURO

MARIA DELINA FERREIRA

Tabelionato

LUCINOTE

ES

Fone/Fax: 21

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judicante
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registros e
Projetos

CARTÓRIO MATHIAS QUAESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
Rua Antônio Lins de Lima, nº 07 - Centro - União - PI - Fone: (86) 3285-1343 - CNPJ: 01.303.472/0001-42
Maria Denise Ferreira da Conceição - Tabelionato - Letícia Oliveira - Leandro Góeska - Maria Belchior
RECOMENDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOEL FREITAS DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE DA UNIÃO-PI, 08/06/2018. Emol.: 3,71 IJ: 0,74 Selos: 0,2 Total: 4,70 Selo: AD0.2893 (F560P19)
MARCIA MARIA CHAVES COELHO Auxiliar de Escrivente

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

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

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

OUTORGADOS: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasílio, 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 QUAESMA

SEGURO

MARIA DELINA F.

Tabelionária

LUCINOTE

E-mail:

Fax:

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judicante
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registros e
Judiciais

CARTÓRIO MATHIAS QUAESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
Rua Antônio Lins de Lima, nº 07 - Centro - União - PI - Fone: (86) 3285-1343 - CNPJ: 01.303.472/0001-42
Maria Denise Ferreira da Cunha - Tabelionária - Letícia Oliveira - Leandro Góes da Costa - Auxiliar de Escrivão
RECOMENDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOEL FREITAS DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE DA
UNIÃO-PI, 08/06/2018. Emol.: 3,71 IJ: 0,74 Selos: 0,2 Total: 4,70 Selo: ABD.2893 (F560P19)

MARCIA MARIA CHAVES COELHO Auxiliar de Escrivente

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

Rio de Janeiro, 06 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: 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 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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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. SIMPLÍCIAO	Número 1935	Complemento
Bairro SAO PEDRO	Cidade UNIFAI	Estado PI
Email	CEP 64120-000	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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	Nº
BRADESCO	237
AGÊNCIA Nº	D/V
<input type="text"/> 05816	<input type="text"/>
CONTA Nº	D/V
<input type="text"/> 00000004193 9	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)	

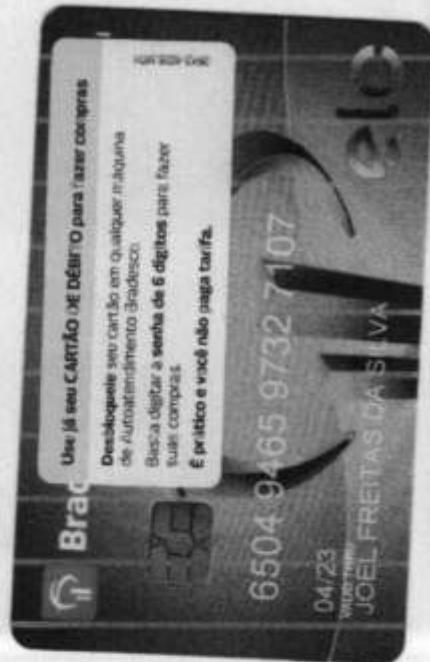
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Joel Freitas da Silva
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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. SIMPLÍCIAO	Número 1935	Complemento
Bairro SAO PEDRO	Cidade UNIFAI	Estado PI
Email	CEP 64120-000	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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	Nº
BRADESCO	237
AGÊNCIA Nº	D/V
<input type="text"/> 05816	<input type="text"/>
CONTA Nº	D/V
<input type="text"/> 00000004193 9	<input type="text"/>
(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.

Vila J-Po , 06 de JUNHO de 2018

Local e Data

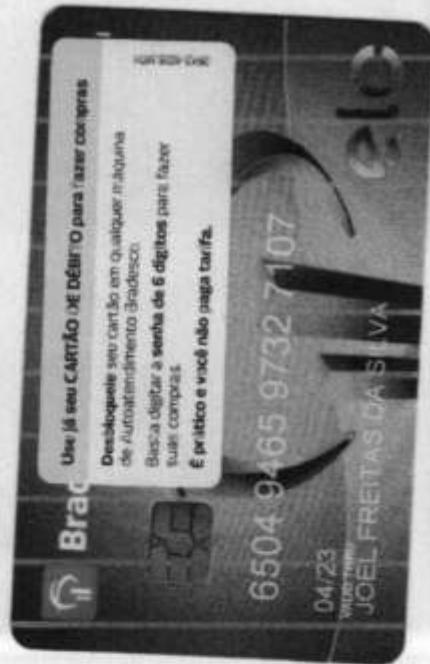
**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

l 08 JUN 2018

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

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1114 v. 1.0

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 SSPPI PI

Mãe: MARIA DE JESUS FREQUITAS

Endereço: RUA PE. SIMPLOICIANO, Nº 1935

Bairro: SÃO PEDRO

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

GENTE SEGUARADORA S.A.
Rua Coelho de 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

Apreendido

1 - OUTROS.

Não

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

905485084

Preta

1 - HONDA CG 150 TITAN ES

LVS9027

Condutor: JOEL FREITAS DA SILVA

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

Proprietário: MILTON SILVA

Cidade: UNIÃO UF: Bairro:

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 - Noticiante
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1114 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000487/2018-10

Delegado de Polícia
107500-122-10





**Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência**

1114 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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, N°:

Complemento

449095

Data/Hora

24/11/2017 - 08:30

454770

Bairro

VILA NOVA CONQUISTA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOEL FREITAS DA SILVA

RG: 1.683.582 SSPP PI

Mãe: MARIA DE JESUS FREITAS

Endereço: RUA PE. SIMPÓCIONIO, N° 1935

Bairro: SÃO PEDRO

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/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.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Méio(s) Empregado

Aprendido

1 - OUTROS.

Não

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA CG 150 TITAN ES

LVS9027

905485084

Preta

Condutor: JOEL FREITAS DA SILVA

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

Proprietário: MILTON SILVA

Cidade: UNIÃO UF: Bairro:

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 - Noticiante
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1114 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000487/2018-10

Delegado da Policia
Mauricio Góes

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUN 2018

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

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)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

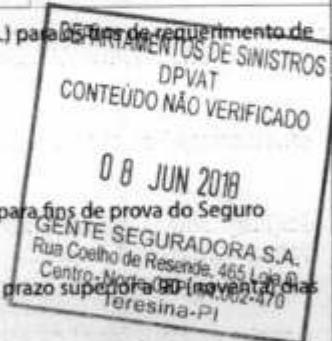
Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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 prazo superior a 30 dias do respectivo pedido.

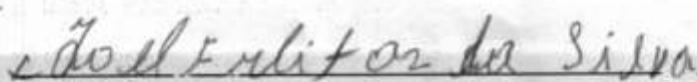
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.



Chaves - 06 de Junho de 2018

Local e Data



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)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

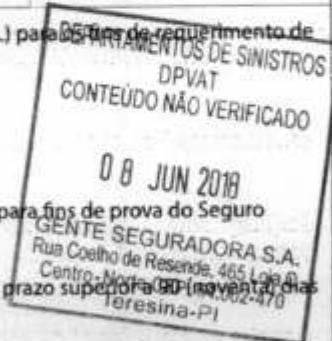
Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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 prazo superior a 30 dias do respectivo pedido.

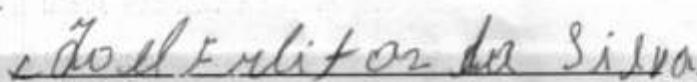
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.



Chaves - 06 de Junho de 2018

Local e Data



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
Vitima: 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 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



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.seguradoraslider.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

