

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fábio Juálio de Oliveira Moura
RG: 2.214.600 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 011.051.943-45
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Servente
Endereço: Rua Vereador Otávio Reaga nº 2595
Bairro: Planoalto Ininga Cep: 64050-160 Cidade/UF: Teresina - Piauí
Telefone: (86) 999566-0713 (86) 99512-2565 ()

OUTORGADO:

Nome: Antonia Cláudia Araújo Ferreira
RG: 1866292 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 296.411.498-65
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Marechal Lot nº 5859 A
Bairro: São Francisco Cep: 64009-720 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 99881-9597 (86) 99527-1808 (86) 99868-4205

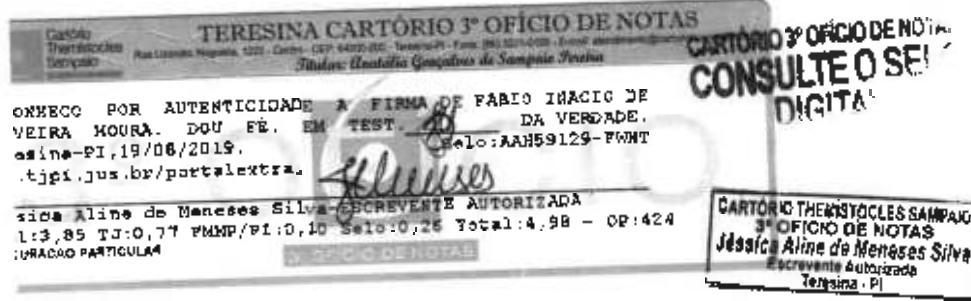
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato; afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à vítima: Fábio Juálio de Oliveira Moura.

CPF: 011.051.943-45 Data do Acidente: 15/05/2019
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Teresina - PI 19/agosto/2019
Local e data



Fábio Juálio de Oliveira Moura
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289075/19

Vítima: FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA

CPF: 011.051.943-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/05/2018

Titular do CPF: FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA : 296.411.498-65

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

FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA : 011.051.943-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA
CPF: 296.411.498-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



NOME DO PACIENTE: Fábio Macias de Oliveira Maia
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 128238

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA		Prontuário: 128238
Mãe: JOANA BATISTA DE OLIVEIRA	Pai: ANTONIO INACIO DE MOURA	
End. Resid.: RUA VEREADOR OTÁVIO BRAGA 2595 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 07/09/1984	Idade: 34a6m8d	Sexo: Masculino
		Fone: 86- 9447-0710
Responsável: JOANA	CNS:	
Profissão: MOTOQUEIRO	Documento: RG: 2214600 - PI	
G. Instrução: Médio Incompleto		
E.Civil: Solteiro(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721870	Entrada: 15/05/2019 22:42:04	Convênio: S U S	Proced: 0301060361
Motivo da Procura Informe Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		CORRETORA DE SEGUROS
22/05/2019		22/05/2019

SSV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 m IMC: 0,00 Kg/m² P脉: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

POLITRAUMA - COLISÃO MOTO-CARRO(MOTOCICLISTA);
 CONDUZIDO POR SAMU AVANÇADO, EM INOBRILIZAÇÃO PRAMCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL.

- A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, VERBALIZANDO.
- B: EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, MV + AHT.
- C: ABDOMEN INOCENTE. FC 96bpm. ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE.
- D: LIBERAÇÃO ALCOÓLICA, GLASCOW 15.
- E: AUSÊNCIA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBROS.

CONDUTA: TC CRANIO/CERVICAL; RX TÓRAX/PELVE.

AUT DR. ZENON ROC
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Esquerda Cervical
 DATA: 15/05/19
 09:27:55

Diagnóstico Inicial:

CD:

Exames Complementares:

(1217600) - T.C. DE CRANIO
 (1217601) - T.C. DE COLUNA CERVICAL
 (1217602) - TORAX PA

RAIO-X REALIZADO

Prescrição Médica:

- DIFERONA 1g + AD IV

DATA: 15/05/19

Técnico:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / . HORA: : . Abandonado no hospital

CRM-PI 5861

Assinatura Paciente ou Responsável

PERICLES CERQUEIRA DE SOUSA
 CRM: 3446 Em: 15/05/2019 22:52:30

WCA (5/05/19 (22:52h)).

Relato de colírio mto x como
esse 15% R devendo a curva de
lente intracavitária. R de 4. ameaça rotura.

Cx/Gr nos m. rotacionais
(2 Rende corr e grossos.)



* O. duplo - 15/05/19

Ponta apurada na base da MMII

No escor: de 2 a 3mm altri pilhas, com punho de 2 a 3 milímetros
da MMII

II - base + 2nd pilha = altura entre 2 unhas pilhas

a: Sustentando o Cenho. Após LIBERAGÃO DA GÍRUGAS GERAL

Marcos Vitor P de Carvalho Filho
Tecnólogo em Ortopedia
CRM-PI 14702 SECH 12501

15/05/19

23h50 - Grangia Geral

Abdome macio. Rx: Faringe sem alterações

Alta da Grangia Geral - foi cuidado da Orfegédia para desvio de feto de
sinfise pública.

Alexandre Góes
Médico
CRM-PI 5861



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

239138

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

205792

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

239138

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA**6 - Prontuário: **128238**7-CNS: **8-Nascimento: 07/09/1984 9-Sexo: Masculino****RG: 2214600 - PI**11-Mãe: **JOANA BATISTA DE OLIVEIRA****12-Fone: 06- 9447-0710**13-Resp: **JOANA****14-Cor: Sem Informação**15-Ender: **RUA VEREADOR OTAVIO BRAGA 2595 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010**17-Cod.ISGE: **221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Maior dor pélvica

21 - Condições que justificam a internação:

Necessita de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

A

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Aux.:

Ruptura traumática da sínfise pública**S334**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **27-Procedimento Solicitado:****0408040254****TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRACTURA / LUXAÇÃO / FRACTURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO**

Tempo SUS

10

29-Clinica:

30-Caráter:

Ident.: 31-Docum.:

32-doc. Méd. Solici.:

02

01

CPF

746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

LIAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

15/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

48-Documento: 49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO KURTIAN)

Consulta Local: 721870

Consulta SUS:

Impressão: 16/05/2019 11:41:08



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

239138

205792

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	239138

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA	6 - Prontuário: 128238
7-CNS:	8-Nascimento: 07/09/1984
9-Sexo: Masculino	RG: 2214600 - PI
10-Mãe: JOANA BATISTA DE OLIVEIRA	12-Fone: 86- 9447-0710
13-Resp: JOANA	14-Cor: Sem Informação
15-Endr: RUA VEREADOR OTAVIO BRAGA 2595 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.,IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

trauma de pelve com disjunção de sínfise pública

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Exame clínico e radiológico

23-Diagnóstico Inicial:
ruptura traumática da sínfise pública24-CID Prin: **8134** 25-CID Sec.: **26-CID C.Ass.:**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 0408040262	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO	Tempo SUS
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 887.204.893-15	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO	34-Data Solicitação: 15/05/2019	Marcos Vitor Pereira Carvalho Filho Traumatologia Ortopédica CRM-P14792 SBOI 12501 35-Ass.Carimbo Med.Sol./CRM:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>x Joana Batista</i>	Usuário: (MARCOS VITOR) Consulta Local: 721870 Consulta SUS: Impressão: 15/05/2019 23:48:37
--	--



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Pabio Inacio de Oliveira Moura		
Diagnóstico pré-operatório	MÍTRICO MAC RETRÔ		
Operação - Tipo	Antebole supra pubis		
Cirurgião	lao fse	1º Assistente	benise
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Enstrane	Anestesista	blávia
Anestésico(a)	neocaina pesada + Dmorse + Fentanyl		
Data da Operação	16-05-19	Inicio	11:00 h
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Duração 00:55min 33s

Expondo o pênis profissionalmente

O pênis é atornado

US 6 mm Duros US 10 mm



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	239138

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA	6 - Prontuário: 128238		
7-CNS:	8-Nascimento: 07/09/1984	9-Sexo: Masculino	RG: 2214600- PI-Exp:
11-Mae: JOANA BATISTA DE OLIVEIRA			12-Fone: 86- 9447-0710
13-Resp: JOANA			14-Fone: 86- 9447-0710
15-Ender: RUA VEREADOR OTAVIO BRAGA 2595 - PLANALTO INTINGA - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408040254	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO
31-Cod.Procedimento Especial 0702030937	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
Quant. Solicitada: 1	
Fornecedor da OPM: PIMMES	
38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 16/05/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72
41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRN): 	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura placa de reconstrução

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)



CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

**MEDICARDIO CENTRO CLÍNICO CARDIOLÓGICO
LTDA**

Emissão:
19/06/2019
15:34:55

Página .../1

FÁBIO INÁCIO DE OLIVEIRA MOURA
PORTAL SAÚDE
Dr. JAMERSON M. DE LEMOS JR.
057479.01

Idade: 34 anos
Sexo: MASC
Data: 19/06/2019 15:34:00
{CPF}

RX DA BACIA

ACHADOS:

Sinais de diástase da sínfise púbica, com fixação por placa e parafusos metálicos, com discreta diástase remanescente.

Estruturas ósseas com textura e densidade normais.

Superfícies e espaços articulares coxofemorais e sacroiliacos sem alterações.

Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO:

Sinais de diástase da sínfise pública, fixada por placa e parafusos metálicos, com discreta diástase remanescente.

DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM/PI 3096

R. Olavo Bilac, 1660/Centro-Sul
Teresina - PI CEP: 64001-280
Fones: 3303-1256 * 3303-4401

Medicardiopi
 Medicardiopl
 99915-0202

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 AGO 2019

DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 AGO 2019

DPVAT

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
RESIDÊNCIA GERAL:	2.214.600
DATA DE EXPEDIÇÃO:	01/08/18
FÁBIO INÁCIO DE OLIVEIRA MOURA	
JOANA BATISTA DE OLIVEIRA	
ANTONIO INÁCIO DE MOURA	
MUNICÍPIO:	TERESINA-PI
DATA DE NASCIMENTO:	07/09/1984
NÚMERO DA PLACA:	
DOC:	CERT.NASC. 112269 L 143A F 256
EXP:	TERESINA-PI 09/12/2019
DF:	011.051.943-45
LICENCIADO CLAUDIO PITHÉIRO MARTINS	
LEIA N° 7.116 DE 28/06/06 - DECRETO N° 10.000	

Cartório Themistocles Sampaio
Rua Luizinho Nogueira, 1123 - Centro - CEP: 65000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: cartorio.teresina@justica.pi.gov.br
Titular: Gessilia Gonçalves de Sampaio Freitas

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jessica Aline de Meneses Silva
Escrivana Autorizada
Teresina - PI

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCÓPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO
ORIGINAL. E DOU FÉ. EM TEST. *[Assinatura]* DA VERDADE.
Teresina-PI, 19/08/2019.

SELLO: AAH59132-WGCB - www.tjpi.mtj.jus.br/cartaoletra

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol: 2,48 TJ: 0,50 FMM/P/PI: 0,06 Selos: 0,26 Total: 3,30 - OP: 424
RG

3º OFÍCIO DE NOTAS

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL**





ONPI 272727479000010 - RE 19760507
Av. Prof. Celso Furtado, 1984, Térreo esq. Sampaio - CEP 6400-007, João Pessoa - PB
Telefones: (083) 223-2000 ou 3115 / (083) 26324-3199

卷一第24頁

151521430
643910

26849556-1 5/2019

[View all posts by **John**](#) [View all posts in **Uncategorized**](#)

HOME / ENDEREÇO
ALQUIMADOR ANTONIA MARIA A FERREIRA
RUA MAL. LDT, 5859A - SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - cep: 64009720

LOCALIZAÇÃO		GRUPO	NUMERO DO HIDROMETRO
016-00038-000135		016	Y10N306307
HISTÓRICO DE CONSUMO	CONDICIONAL - CATEGORIAS / TIPO TABELA		
MÊS/ANO	TIPO	LEDO	FATURADO
04/2019	L100	12	
05/2019	L100	13	
06/2019	L100	13	
07/2019	L100	13	
08/2019	L100	13	
09/2019	L100	13	
10/2019	L100	13	
11/2019	L100	13	
12/2019	L100	13	
DIA	DATA	LEDO	FATURADO
ANTERIOR	24/04/2019	662	
ATUAL	24/05/2019	677	
DESCRIÇÃO DA TABELA			
RESIDENCIAL - CATEGORIA: RESIDENCIAL			
VALOR REFERENTE ÁGUA - 39,86			
> Residencial-Normal			
JUROS POR ATRASO			
MULTA POR ATRASO			

22 AGO 2019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintes: 0800 021 91 35

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 PELA 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ELÍTICAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gutomia Cláudia Braga Ferreira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 296.411.498 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fábio Inácio de Oliveira Moura inscrito (a) no CPF sob o N° 011.051.943 / 45,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Fábio Inácio de Oliveira Moura

Inscrito (a) no CPF sob o N° 011.051.943 / 45, 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:	Rua: <u>Marechal Lott</u>	Número:	<u>5859</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Vila São Francisco</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:				CEP:	<u>64009-720</u>

Local e Data:	<u>Teresina - PI 20 de agosto de 2019</u>	
	<u>Gutomia Cláudia Braga Ferreira</u>	Assinatura do Declarante
		DPVAT
		22 AGO 2019
		PJ CORRETORA DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e da fala): 0800 022 12 06 | Central Dividir: 0800 021 91 95

Eu, Antônio Inácio de Moura,

RG nº 218.692, data de expedição 20/07/2016,

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 133.028.683-91,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Vereadores Otávio Braga; B: Planalto; Número: 2595

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

Fábio Inácio de Oliveira Moura, cujo o condutor era

Fábio Inácio de Oliveira Moura.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/NXR150 Bros Ano: 2014.

Placa: PIA-9333 Chassi: 9C2KDD550ER330803.

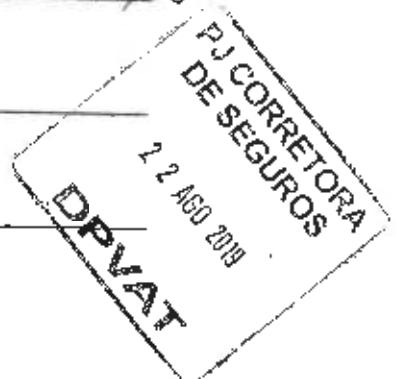
Data do Acidente: 15/05/2019.

Local e Data: Teresina - PI / 19 - A gesto. 2019 (19.08.2019)

Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

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



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Nas Linhas Negras, 103 - Centro - CEP: 64000-001 - Teresina-PI - Fone: (86) 3214-7180 - Email: teresina@teresina.jus.br

Site: www.cjpi.jus.br/portalextra

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPÃO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jéssica Aline de Menezes Silva
Estreante Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTA,
**CONSULTE O SELO
DIGITAL**

Cartório
Themistocles
Sampão

Nas Linhas Negras, 103 - Centro - CEP: 64000-001 - Teresina-PI - Fone: (86) 3214-7180 - Email: teresina@teresina.jus.br

Site: www.cjpi.jus.br/portalextra

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO INÁCIO DE
MOURA. D.O.U. F.E. EM TEST. DA VERDADE,
Teresina-PI, 19/08/2019. S.M.J.:AAH59130-9A7W

www.cjpi.jus.br/portalextra

Jéssica Aline de Menezes Silva ESCRIVENTE AUTORIZADA
Em:1:3.85 TJ:C.77 FMMMP/PI:0.10 Selos:0.26 Total:4.99 - OP:424
BÔCO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



Para obtener
conocer, informe
nuestro NÚMERO!!

SEU CÓDIGO
0094557-9

NF 03 Nola Fleet 623837007

0094557-9

CONTA MÊS **VENCIMENTO** **CONSUMO (KWH)** **TOTAL A PAGAR R\$1**

JUNHO/2019 **05/07/2019** **151** **144,51**

JOANA BATISTA DE OLIVEIRA
R. VER OTAVIO BRAGA 2595 2595 PLANALTO ININGA
CPF : 08846252606391

Classe/Subclasse	HORARIO	Dia do mês	Número Módulos	Ponto	Edição Pkt.
					50
					Máscara 12 dígitos

A1879869 SÉRIE DA CONTA 1.1.1.1 /219

MAI/19	187	CONSUMO	151 A R\$ 0,857449 =	129,47
ABR/19	160	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		11,16
MAR/19	189	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-06		0,30
FEV/19	151	MULTA POR ATRASO 05/19-06		3,26
JAN/19	197	JUROS POR ATRASO 05/19-06		0,32
DEZ/18	125	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,89	
NOV/18	265			
OUT/18	115			
SET/18	368			
AGO/18	334			

NOTIFICAÇÃO DE BEAVISSE DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 27/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consultadora.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 AGO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

011.051.943-45

4 - Nome completo da vítima:

Fábio Inácio de Oliveira Moura

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Fábio Inácio de Oliveira Moura

6 - CPF:

011.051.943-45

7 - Profissão:

Servente

8 - Endereço:

R. Vila Otávio Braga

9 - Número:

2595

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Planalto Jingo

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64.050 - 165

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(86) 99566 - 0713

- DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 60958

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.534/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do

nascimento da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, Informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou:

Sim

herdeiro (herdeira)?

Não

31 - Vítima

Sim

teve Irmãos?

Não

32 - Se tinha irmãos, Informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina - PI 29 de agosto de 2019

Fábio Inácio de Oliveira Moura

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura do Procurador (se houver)

Bruno Jereira

PC
CORRETORA
DE
SEGUROS

TESTEMUNHAS



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 2616	02 Data do chamado 15/05/19	03 PRO (código) 02858	04 Saída do PA 2021	05 Chegada ao local 2021		
Local da Ocorrência	06 Saída do local 3807	07 Chegada ao 1º hospital 2021	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço PJ: Horner c/ Branca	11 Bairro Santo Antônio	12 Município-UF TPS	Código IBGE			
	13 Ponto de referência Isaura						
	14 Nome Rafael Inacio de oliveira júnior	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado 1					
	16 Idade 07/09/1984	1- Bia 2- Menor 3- Anos 9- Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros			
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>			
Exame Físico	23 Glasgow = 14	RESPOSTA VERBAL 1- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1- Orientada 4- Confusa 2- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais vitais Pulse 106 Resp. PA 140/80 TAX. 99 Sat ₂ 92			
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheno 2- Fino 3- Ausente	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 3 - Moderada 7 - Intensa 10	25 Local da lesão 			
	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	30 Fratura 3- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2- Não 3- Suspeita					
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)					
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HVT						
	33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Alterado	34 Óbito 1- Sim 2- Não Antes da socorro Antes do transporte Durante o transporte					
Observações Interdisciplinar	ouviu fôlego referente dor em vez de						
	CONFERE COM O ORIGINAL Márcia Veloso Carneiro Márcia Veloso Carneiro Gerente Administrativa (Atua)						
	Socorristas Médico AE/TE Responsável pela recepção Alexandre	José de Souza	Enfermeira Condutor Silvana				



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

654 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003143/2019-51

Complementar ao BO Nº: 100203.005142/2019-06

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Unidade de Registro:

Data/Hora: 19/08/2019 - 15:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

15/05/2019 - 21:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

HORTO FLORESTAL

Endereço

AV. HOMERO CASTELO BRANCO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

IBAMA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2214600SSPPI

Mãe: JOANA BATISTA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA VEREADOR OTAVIO BRAGA, Nº 2595

Bairro: PI ANALTO ININGA

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VITIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, COR VERMELHA ANO 2014/2014, PLACA PIA-9333, DE PROPRIEDADE DO SR. ANTONIO INÁCIO DE OLIVEIRA, QUE A CONDUTORA DO VEÍCULO-II CARRO INVADIU A PREFERENCIAL QUE MOTIVOU O ACIDENTE, EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL, O NOTICIANTE/VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT.PRONTOÁRIO DE Nº128238. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat.
AGENTE DE POL

FABIO INACIO DE OLIVEIRA MOURA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Marinho
Delegado Geral da Polícia Civil
Mat.: 106.331-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

011.051.943-45

4 - Nome completo da vítima:

Fábio Inácio de Oliveira Moura

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Fábio Inácio de Oliveira Moura

6 - CPF:

011.051.943-45

7 - Profissão:

Servente

8 - Endereço:

R. Vila Otávio Braga

9 - Número:

2595

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Planalto Jingo

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64.050 - 165

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 99566 - 0713

- DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 60958

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autentico a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha fidelidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a seguinte declaração de crédito, quitação total, do valor recebido.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.534/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do
óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, Informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou:
nascituro(nascituras)?

Sim

Não

31 - Vítima teve Irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, Informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou:
pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina - PI 29 de agosto de 2019

Fábio Inácio de Oliveira Moura

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Bruno Jereira

PC
CORRETORA
DE
SEGUROS

TESTEMUNHA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 AGO 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01008663520		2019
NOME			
ANTONIO INACIO DE MOURA			
CPF / CNPJ		PLACA	
13302868391		PIA-9333	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
		9C2KD0550ER330803	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/MINIBUS		ALCOOL/GÁS	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES		2014	2014
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
Q2P/014900		PARTICU	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA		VENO / COTAS	
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
SEGUR		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
216,00		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC. BONDA			
LOCAL		DATA	
TEREINA		31/01/201	
ACEITO OS TERMOS DO REGO LEIAO DIRITOS E OBRIGAÇÕES DETRAN - PI			

PI Nº 013936245257 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2019		31/01/2019	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	13302868391	PIA-9333	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
01008663520		HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB.	CALDA	Nº CHASSI	
2014	09	9C2KD0550ER330803	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FINS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	VALOR SERVIDO PELO BILHETE (R\$)
000,00		000,00	000,00
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		31/01/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.346.603/0001-04			