

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface. The address bar shows a URL related to a legal process. The main content area displays a document titled "12667824 - CONTESTAÇÃO (2759312 CONTESTACAO 01)" with a date of "22 Oct 2020". A sidebar on the left lists "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and several sub-items, including "12667824 - CONTESTAÇÃO" and "12667831 - DOCUMENTO COMPROBATORÍO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)". The right side shows a preview of a document titled "downloadBinario.seam" with the date "15 de 13". The document header includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "2759312- C3/ 2020-03896/ INVALIDEZ". The footer of the browser window shows the date "22/10/2020" and the time "14:07".



Número: **0813719-11.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>PEDRO IGO FERREIRA AMARAL (AUTOR)</b>	<b>JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12667 822	22/10/2020 14:04	<a href="#"><u>CONTESTAÇÃO</u></a>	CONTESTAÇÃO
12667 829	22/10/2020 14:04	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
12667 831	22/10/2020 14:04	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

SEGUE EM ANEXO JUNTADA DE CONTESTAÇÃO E PROCESSO ADMINISTRATIVO.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/10/2020 14:04:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102214044919600000011983206>  
Número do documento: 20102214044919600000011983206

Num. 12667822 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190629740**      **Vítima: PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

**Data do Acidente: 31/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190629740      Vítima: PEDRO IGO FERREIRA AMARAL

Data do Acidente: 31/05/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO IGO FERREIRA AMARAL

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 01955/01956 - carta\_03 - INVALIDEZ



00040978

Carta nº 150866575



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/10/2020 14:04:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102214044957300000011983213>  
Número do documento: 20102214044957300000011983213

Num. 12667829 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190629740**      **Vítima: PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

**Data do Acidente: 31/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00049/00050 - carta\_02 - INVALIDEZ



00070025

Carta nº 15130645



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/10/2020 14:04:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102214044957300000011983213>  
Número do documento: 20102214044957300000011983213

Num. 12667829 - Pág. 3

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190629740**      **Vítima: PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

**Data do Acidente: 31/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Pag. 01695/01696 - carta\_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190629740**      **Vítima: PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

**Data do Acidente: 31/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%  
Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%  
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%  
Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%  
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

**Valor: R\$ 4.050,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003389**

**Conta: 0000043423-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

## 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:** **070.956.483-01** 4 - Nome completo da vítima: **Pedro Igo Ferreira Amaral**

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

5 - Nome completo: **Pedro Igo Ferreira Amaral** 6 - CPF: **070.956.483-01**

7 - Profissão: **auxiliar de enfermagem** 8 - Endereço: **Av. Frei Damiao ad 301** 9 - Número: **01** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **Curupi** 12 - Cidade: **Teresina** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP:

15 - E-mail: **186199982-3093** 16 - Tel. (DDD): **186199982-3093**

### 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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  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: **3389** CONTA: **43423** (6) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve irmãos? pais/avós vivos? Não

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

34 - Imprensa e mídia: \_\_\_\_\_

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Teresina - PI 14/11/2019**

**Pedro Igo Ferreira Amaral**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/2019



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.956.083-01 4 - Nome completo da vítima: Pedro Igo Ferreira Amaral

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

5 - Nome completo: Pedro Igo Ferreira Amaral 6 - CPF: 070.956.083-01  
7 - Profissão: auxiliar 8 - Endereço: Rua Frei Damiao Ad 301 9 - Número: 01  
11 - Bairro: Campi 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 60090-090  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8699982-3093

### 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  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  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)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 134223 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disorde 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  Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deuou nascituro (vai nascer)?  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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

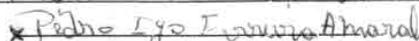
39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, Teresina - PI 06.11.2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019





## 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: 4 - Nome completo da vítima: 070.956.483-01 Pedro Igo Ferreira Amaral

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

5 - Nome completo: Pedro Igo Ferreira Amaral 6 - CPF: 070.956.483-01

7 - Profissão: auxiliar 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: Curupi 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86/99982-3093

### 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  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  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)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 43423 6  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos?  Sim  Não teve irmãos?  Sim  Não pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

Impresso e  
assinado  
vítima ou  
representante  
de beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina-PI 14/11/2019

Pedro Igo Ferreira Amaral

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002434/2019-20

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 28/06/2019 - 09:29

### DADOS DA OCORRÊNCIA

#### Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

#### Data/Hora

31/05/2019 - 08:00

#### Tipo Local

VIA PÚBLICA

#### Bairro

Município

TERESINA

ALTO DA RESSURREIÇÃO

#### Endereço

AV. MISTER MELÃO, Nº:

#### Ponto de Referência

Complemento

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PEDRO IGO FERREIRA AMARAL

Tipo Enolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3809310SSPPI

Mãe: ANTONIA ZELIA FERREIRA COSTA

Endereço: QD.21, C.17 RES.FREI DAMIÃO, Nº

Bairro: GURUPI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9534-1725

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

GENTE SEGURADORA 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.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA CG 125 FAN ES, COR PRETA, ANO 2019/2010, PLACA NIO-6977, DE PROPRIEDADE DO SR. NORBELINO DE CARVALHO E SILVA JUNIOR, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE A CONDUTORA DO VEÍCULO-II HB 20 RET, PLACA PIR-2889, COLIDIU NO VEÍCULO-I, QUE FICOU DANIFICADO, FOI REALIZADA PERICIA. O NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº511772 É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat.  
AGENTE DE POLÍCIA

PEDRO IGO FERREIRA AMARAL - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.956.083-01 Pedro Igo Ferreira Amaral

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

5 - Nome completo: Pedro Igo Ferreira Amaral 6 - CPF: 070.956.083-01  
7 - Profissão: auxiliar 8 - Endereço: Rua Frei Damiao Ad 301 9 - Número: 01  
11 - Bairro: Bumpi 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 66090-090  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8699982-3093

### 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  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  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)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 134223 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disorde 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  Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deuou nascituro (vai nascer)?  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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

INFORMAÇÕES  
Sobre o  
pedido  
de  
indemnização

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

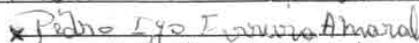
Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 06.11.2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

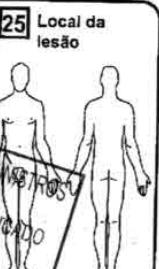
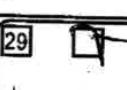
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019





Dados do Chamado	01 Nº do chamado <b>5115</b>	02 Data do chamado <b>01/05/19</b>	03 PRO (código) <b>5900</b>	04 Saída do PA <b>0828</b>	05 Chegada ao local <b>0835</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>0852</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>0852</b>	08 Saída do 1º hospital <b>0852</b>	09 Chegada ao 2º Hospital <b>0855</b>		
Dados do Paciente	10 Endereço <b>06 - mta mta mta 0. publico</b>	11 Bairro <b>a-a</b>	12 Município-UF <b>Código IBGE</b>			
	13 Ponto de referência <b>Centro</b>					
	14 Nome <b>Pedro Lgo F Omara</b>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado				
	16 Idade <b>100298</b>	1-Dia 2-Mes 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> 1-Accidente de transporte <input type="checkbox"/> 2-Agressão física-espacamento <input type="checkbox"/> 3-Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 4-Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 5-Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento <input type="checkbox"/> 08 - Afogamento <input type="checkbox"/> 09 - Queimadura <input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico	11 - Queda <input type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica <input type="checkbox"/> 13 - Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> 14 - Transferência <input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares	16 - Outros <input type="checkbox"/> 17 - Já removido <input type="checkbox"/> 18 - Falso chamado		
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2-Condutor <input type="checkbox"/> 3-Passageiro <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> 1-A pé <input checked="" type="checkbox"/> 2-Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3-Motocicleta <input type="checkbox"/> 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 1-Automóvel <input type="checkbox"/> 2-Motocicleta <input type="checkbox"/> 3-Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = <b>15</b>	RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> 1-Espontânea <input type="checkbox"/> 2-A voz <input type="checkbox"/> 3-À dor <input type="checkbox"/> 4-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 5-Orientada <input type="checkbox"/> 4-Confusa <input type="checkbox"/> 3-Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2-Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma	24 Sinais vitais <b>Pulso 80</b> Resp. _____ PA _____ TAX _____ Sat 92% CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	25 Local da lesão 	
	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1-Iguais <input type="checkbox"/> 2-Desiguais	29 	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10 - Muito Intensa			
	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1-Chelo <input type="checkbox"/> 2-Fino <input type="checkbox"/> 3-Ausente	30 Fratura 1-Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	3-Suspeito <input type="checkbox"/>			
	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não					
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 checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	3-Glicemias <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	4-Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <b>Marilia Veloso Cantanhede</b> b) _____	CONFERIR COMO ORIGINAL <b>Rua 22 Centro de Seguradora S.A.</b> <b>Centro-Norte CEP: 64002-000</b> <b>Tereza</b>		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>				<input type="checkbox"/> Não Removido	
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada <input checked="" type="checkbox"/> 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/>			
	<i>100% vítima de cedimento carro + moto com suspeita de fratura de punho esq + tibia o mesmo consciente e orientado em via pública</i>					
	<b>ausente</b>	<b>Socorristas</b> Médico AENF <b>68742</b>	<b>Enfermeiro</b> Condutor <b>Comes</b>			



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu maia do carmo prudomio da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703-111 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Pedro Igo Ferreira Amaral inscrito (a) no CPF sob o Nº070.956.183-01,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Pedro Igo Ferreira Amaral  
inscrito (a) no CPF sob o Nº070.956.183-01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Henrique Dias</u>	Número:	<u>790</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Vila velha</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64019-330</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86) 99982-3093</u>

Local e Data: Teresina-PI 19.08.2019

maia do carmo prudomio da Silva  
Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Norbelino de Carvalho e Silva Júnior,  
RG nº 2.307.576, data de expedição 23/12/98  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 903.639.653-00  
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Nova Redenção, nº 3716,  
complemento 627-Pq do Sol, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
PEDRO IGO FERREIRA AMARAL, cujo o condutor era  
PEDRO IGO FERREIRA AMARAL  
Veículo: MOTO Modelo: CG125 fan Ano: 2010  
Placa: NIQ-6977 Chassi: 9C2JC4120AR031865  
Data do Acidente: 31/05/19



Local e Data:

Teresina 37 de Junho de 2019

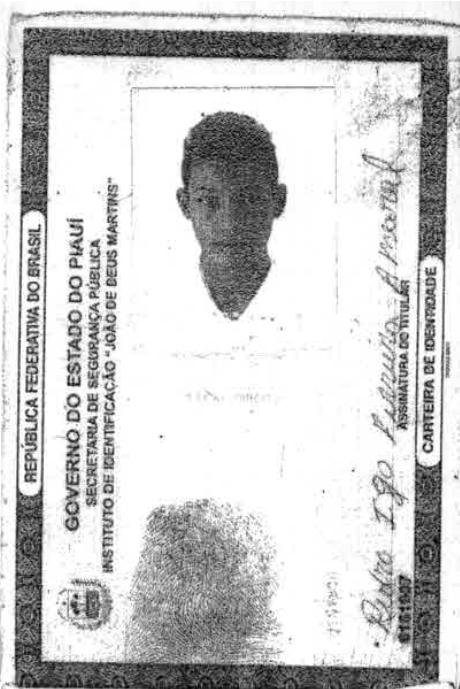
Norbelino de Carvalho e Silva Júnior

Assinatura do Declarante

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

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina  
AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139, ITARARÉ - Nº 17, TERESINA - PIAUÍ  
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE NORBELINO DE CARVALHO E SILVA JÚNIOR NO DOCUMENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, EM TESTE, DA VERDADE. DOU FÉ. TERESINA, 17/06/2019  
11:28:35  
SELO AAE53568-C83A CONSULTE EM [www.tjpi.jus.br/portalextra](http://tjpi.jus.br/portalextra)  
JOSE PAULO CAVALCANTI COUTINHO - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
Emol. R\$ 3,85 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98







Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/10/2020 14:04:49  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102214044957300000011983213>  
Número do documento: 20102214044957300000011983213

Num. 12667829 - Pág. 15

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393230/19

**Vítima:** PEDRO IGO FERREIRA AMARAL

**CPF:** 070.956.483-01

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/05/2019

**Titular do CPF:** PEDRO IGO FERREIRA AMARAL

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### 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  
Outros

#### MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

#### PEDRO IGO FERREIRA AMARAL : 070.956.483-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/11/2019  
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
CPF: 703.754.703-44

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/10/2020 14:04:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102214044957300000011983213>  
Número do documento: 20102214044957300000011983213

Num. 12667829 - Pág. 16

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190629740      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO IGO FERREIRA AMARAL      **Data do acidente:** 31/05/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITO E FRATURA DE 2º, 3º E 4º METACARPO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 70º) DO JOELHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO 2º, 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA TÍBIA DIREITA E NA MÃO ESQUERDA. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 28/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393230/19

**Vítima:** PEDRO IGO FERREIRA AMARAL

**CPF:** 070.956.483-01

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/05/2019

**Titular do CPF:** PEDRO IGO FERREIRA AMARAL

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

#### PEDRO IGO FERREIRA AMARAL : 070.956.483-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/11/2019  
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
CPF: 703.754.703-44

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/10/2020 14:04:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102214044957300000011983213>  
Número do documento: 20102214044957300000011983213

Num. 12667829 - Pág. 18

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190629740**

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO IGO FERREIRA AMARAL**

Endereço do(a) Examinado(a): **RS FREI DAMIAO, 01 - Teresina - PI - CEP 64090-490**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **3889310**

Data e local do acidente: [ **31/05/2019** ]

**AV MISTER MELAO BAIRRO ALTO DA RESSURREIÇÃO TERESINA PI**

Data e local do exame: [ **28/11/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL DIREITO E FRATURA DE 2º, 3º E 4º METACARPO ESQUERDO.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 70º) DO JOELHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO 2º, 3º E 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA TÍBIA DIREITA E NA MÃO ESQUERDA. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ALTA MÉDICA**

**V.** Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional do joelho direito**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO IGO FERREIRA AMARAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000043423-6

---

Nr. da Autenticação 054105A795EE7BE9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/10/2020 14:04:50  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010221404500200000011983215>  
Número do documento: 2010221404500200000011983215

Num. 12667831 - Pág. 1