

8282792 - CONTESTAÇÃO (2692220 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 10/02/2020 17:03:52

10 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8282789 - CONTESTAÇÃO
 - 8282792 - CONTESTAÇÃO (2692220 GUNTES IACAO 01)
 - 8282846 - Documentos (2692220 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8282848 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 8282845 - Documentos (GARTIA DE PREPOSTOS)
 - 8282849 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

17:03

20 Jan 2020

AUDIÊNCIA CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA 11/03/2020 10:40 2ª VARA DA COMARCA DE FLORIANO.

12:42

downloadBinario.seam 1 / 10

2692220 - CJ/2020-00441/INVALIDZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

Processo: 08027008720198180028

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DDUAT em caso de invalidez parcial do

PT 16:04 10/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

Processo: 08027008720198180028

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CIRO PEREIRA DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **27/08/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 27/12/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Ademais, cumpre ressaltar a ausência de nexo causal entre o suposto sinistro e as lesões alegadas pela parte autora tendo em vista que a mesma deixa de apresentar documentos médicos que atestem que as lesões ali apuradas decorreram do sinistro noticiado.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 27/12/2018 após 04 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 27/08/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**².

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo³.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

²xSEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

³“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁷ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FLORIANO, 4 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior ou inferior	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira total) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicas, abdominais, pélvicas ou retro-peritoneais quando com prejuízos funcionais não compensáveis de natureza autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, urinária ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da visão (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CIRO PEREIRA DE ARAUJO**, em curso perante a 2ª VARA CÍVEL da comarca de **FLORIANO**, nos autos do Processo nº 08027008720198180028.

Rio de Janeiro, 4 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Simone de Sousa Araújo,
RG nº 2.687.868, data de expedição 20/10/07, Órgão SSP-PI
portador do CPF nº 019.388.373-20, com domicílio na cidade de
Gloriano, no Estado de PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Cruz de Maio, Mto da Cruz, nº 258,
complemento _____.

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

Ciro Pereira de Araújo, cujo o condutor era
Ciro Pereira de Araújo.

Veículo: motocicleta

Modelo: Kondo/NXR 160 BROS ESDD

Ano: 2017

Placa: PI T 9051

Chassi: 9C2K D0810HR419471

Data do Acidente: 27.08.2018

Local e Data: Gloriano-PI 11.09.18

Simone de Sousa Araújo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



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

Rua Fernando Marques, 519 - Centro
Florianópolis - CEP 64800-000
Fone/Fax: (88) 3522-2527
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de SIMONE DE SOUSA ARAÚJO

Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança
Dou fé. Florianópolis, 22/09/18
Resende

☐ Gillete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☐ Gilvane Ferreira da Silva - Teli. Substituta
☐ Juste Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Simone de Sousa Araújo,
RG nº 2.687.868, data de expedição 20/10/07, Órgão SSP-PI
portador do CPF nº 019.388.373-20, com domicílio na cidade de
Gloriano, no Estado de PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Cruz de Maio, Mto da Cruz, nº 258,
complemento _____.

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

Ciro Pereira de Araújo, cujo o condutor era
Ciro Pereira de Araújo.

Veículo: motocicleta

Modelo: Kondo/NXR 160 BROS ESDD

Ano: 2017

Placa: PI T 9051

Chassi: 9C2K D0810HR419471

Data do Acidente: 27.08.2018

Local e Data: Gloriano-PI 11.09.18

Simone de Sousa Araújo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



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

Rua Fernando Marques, 519 - Centro
Florianópolis - CEP 64800-000
Fone/Fax: (88) 3522-2527
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de SIMONE DE SOUSA ARAÚJO

Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança
Dou fé. Florianópolis, 22/09/18

Resende

☐ Gillete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☐ Gilvane Ferreira da Silva - Teli. Substituta
☐ Justine Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Conegundes P. F. E.
Ordem: 112 - Trans. 11/01/01
CRM: 2572 - Tel: 7348

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Relato para os devidos fins que **CIRO PEREIRA DE ARAUJO**, portador da ID 736.721, CPF 685964723-04, sofreu acidente automobilístico no dia 27/08/2018 e teve atendimento no Hospital Tiberio Nunes, diagnosticado luxação acromioclavicular, sendo tratado conservadoramente com uso de imobilizador. Deu inicio ao tratamento de fisioterapia no dia 29/09/2018 e teve alta definitiva no dia 24/12/2018, após a alta relata evoluir com dor, deformidade em clavícula e esterno, edema com cacifo 2+, crepitação aos movimentos, instabilidade na articulação, formigamento, mobilidade física prejudicada devido ao desconforto, dormência, comprometimento da raiz nervosa de C4, atrofia muscular, diminuição da amplitude de movimento e da força muscular. Na avaliação física foi constatado diminuição da ADM de 65% para os movimentos do ombro com grau 3 de força muscular (presente 20% da força do membro afetado). Paciente encontra-se afastado e impossibilitado de realizar suas atividades laborais.

CID: S43.2

Florianópolis, 24 de Dezembro de 2018


Cibelle Silva Ferreira
Fisioterapeuta
CREFITO: 187.848-F

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Francisco
do
Brasil
Francisco
do
Brasil

Dr. *Conceição P. Filho*
CRM 2572 IDT 7349

Floriano, *24/12/19*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Cas. *Guimarães Afonso*

Hipertensão *Valgancin*

Dr. *Conceição B. Filho*
Dr.
CRM 2572

Floriano, ____/____/____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



BOLETO DE IDENTIFICAÇÃO

João Pereira de Araújo

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

736.721

JOÃO PEREIRA DE ARAÚJO

João Pereira de Araújo

Romana Pereira da Silva

25/01/1966

05.10.72

06/09/1984

Exp:

05.10.72

06/09/1984

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Nº de inscrição
685954723-04

Data do Nascimento
25/07/68



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e supletiva por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
CIRO PEREIRA DE ARAUJO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 07/11/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Nº de inscrição
685954723-04

Data do Nascimento
25/07/68



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e supletiva por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
CIRO PEREIRA DE ARAUJO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 07/11/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

100

SOLICITAÇÃO:

A FENASEG

VÍTIMA: *Ciro Pereira de Araújo*

SINISTRO: 3190040654

Informo a essa representada Empresa que sofri acidente de trânsito, e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V.Sa(s).

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia estarei com reclamação na SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Ciro Pereira de Araújo

Assinatura

Data: 03-04-2019.



*PEÇO REANÁLISE DO MEU PROCES-
SO E ME CONVOQUE PARA PERÍCIA,
POR QUE DO ACIDENTE TILIZO GAA-
VE COM FRATURA DO OMBRO,
FIZ TRATAMENTO MÉDICO CONSER-
VADO E FISIOTERÁPIA, E APÓS
OS TRATAMENTOS, FIZ O PEDIDO DA
INDENIZAÇÃO, E SIMPLEMENTE NE-
GARAM, SE ME AVALIAR PARA CONS-
TATAR AS SERVELAS. QUERO SER AVALI-
ADO PARA CONSTATAR AS SERVELAS E ME-
PAGA A INDENIZAÇÃO QUE TENHO DIREITO.*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190040654 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIIS 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190040654 **Cidade:** Floriano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: CIRO PEREIRA DE ARAÚJO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 736.721

CPF: 685.964.723-04

Endereço: RUA TREZE DE MAIO, Nº258, ALTO DA CRUZ, FLORIANO-PI

PROCURADOR:

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 195451-PI

Est. Civil: CASADO

CPF: 077.532.253-91

Endereço: RUA BENTO LEÃO Nº262 A, CENTRO, FLORIANO-PI.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim do outorgante receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tem direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato.

FLORIANO-PI, 24 de DEZEMBRO de 2018.



Ciro Pereira de Araújo

Assinatura do beneficiário/vítima



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

Rua Fernando Marques, 819 - Centro
Floriano/PI - CEP 64800-000
Fone/Fax: (89) 3522-2527
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de CIRO PEREIRA DE ARAÚJO

Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança

Dou fé. Floriano/PI, 27/12/2018

☐ Gildete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☒ Gildete Ferreira da Silva - Tab. Substituto
☒ Juálio Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019640/19

Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

CPF: 685.964.723-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/08/2018

Titular do CPF: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO : 077.532.253-91

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

CIRO PEREIRA DE ARAUJO : 685.964.723-04

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: 17/01/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040654

Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CIRO PEREIRA DE ARAUJO

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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040654

Vítima: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CIRO PEREIRA DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Foi RECEBIDO INDEVIDO,
FAVOR DESCONSIDERAR O MESMO.
GZATO.

17/10/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: — CPF da vítima: 685.964.723-04 Nome completo da vítima: Ciro Pereira de Araújo

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

Nome completo: Ciro Pereira de Araújo CPF: 685.964.723-04

Profissão: Reunido Endereço: Rua Erize de Araújo Número: 258 Complemento: —

Bairro: Alto da Cruz Cidade: Bloniano Estado: Pi CEP: 64.800-000

E-mail: — Tel (DDD): 85-35212793

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 63897 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Bloniano - Pi 14.01.2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ciro Pereira de Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: — CPF da vítima: 685.964.723-04 Nome completo da vítima: Ciro Pereira de Araújo

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

Nome completo: Ciro Pereira de Araújo CPF: 685.964.723-04

Profissão: Reunio Endereço: Rua Erize de Araújo Número: 258 Complemento: —

Bairro: Alto da Cruz Cidade: Bloniano Estado: Pi CEP: 64.800-000

E-mail: — Tel (DDD): 85-35212793

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 63897 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Bloniano - Pi 14.01.2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ciro Pereira de Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





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



1436 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.003181/2018-58

Complementar ao BO Nº: 104346.003180/2018-03

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Jonny Costa Gonçalves

Data/Hora: 27/12/2018 - 13:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

BAIRRO MATADOURO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/08/2018 - 11:00

Bairro

MATADOURO

Ponto de Referência

EM FRENTE AO COLÉGIO DO DJALMA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

RG: 736721 SSP/PI

Endereço: TRAVESSA TREZE DE MAIO, Nº 258

Bairro: RIACHO FUNDO

Cidade: FLORIANO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abaloamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

1 - HONDA. NXR 160 BROS ESDD

Ano: Placa:

2017 PIT9051

Chassi:

9C2KD0810HR419471

Renavam:

01109044981

Cor:

Vermelha

Condutor: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

End: TRAVESSA TREZE DE MAIO Número: 258 Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: RIACHO FUNDO

Proprietário: SIMONE DE SOUSA ARAUJO

Cidade: FLORIANO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata que na data e hora acima expostas sofreu um acidente no local narrado, tendo como consequência a quebra da clavícula esquerda, ficando hospitalizado dois meses devido ao acidente sofrido. Na oportunidade, vinha em sua motocicleta (HONDA, NXR 160 BROS, cor vermelha, placa PIT-9051) e para não chocar-se com outra motocicleta que vinha quase parando na via, manobrou rapidamente para a esquerda acabando por perder o controle de sua meio de transporte, caindo ao chão.

Jonny Costa Gonçalves - Mat. 2868164
AGENTE DE POLÍCIA

Ciro Pereira de Araujo
CIRO PEREIRA DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.003181/2018-58

Complementar ao BO Nº 104346.003180/2018-03

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Jonny Costa Gonçalves

Data/Hora: 27/12/2018 - 13:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

BAIRRO MATADOURO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/08/2018 - 11:00

Bairro

MATADOURO

Ponto de Referência

EM FRENTE AO COLÉGIO DO DJALMA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

RG: 736721 SSP/PI

Endereço: TRAVESSA TREZE DE MAIO, Nº 258

Bairro: RIACHO FUNDO

Cidade: FLORIANO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abalroamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA, NXR 160 BROS ESDD

2017 PIT9051

9C2KD0810HR419471

01109044981

Vermelha

Condutor: CIRO PEREIRA DE ARAUJO

End: TRAVESSA TREZE DE MAIO Número: 258 Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: RIACHO FUNDO

Proprietário: SIMONE DE SOUSA ARAUJO

Cidade: FLORIANO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata que na data e hora acima expostas sofreu um acidente no local narrado, tendo como consequência a quebra da clavícula esquerda, ficando hospitalizado dois meses devido ao acidente sofrido. Na oportunidade, vinha em sua motocicleta (HONDA, NXR 160 BROS, cor vermelha, placa PIT-9051) e para não chocar-se com outra motocicleta que vinha quase parando na via, manobrou rapidamente para a esquerda acabando por perder o controle de sua meio de transporte, caindo ao chão.

Jonny Costa Gonçalves - Mat. 2868164
AGENTE DE POLÍCIA

Ciro Pereira de Araujo
CIRO PEREIRA DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 685.964.723-04 Nome completo da vítima: Ciro Pereira de Araújo

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

Nome completo: Ciro Pereira de Araújo CPF: 685.964.723-04
Profissão: Reunido Endereço: Rua Onze de Maio Número: 258 Complemento:
Bairro: Alto da Cruz Cidade: Blotiano Estado: Pi CEP: 64.800-000
E-mail: Tel (DDD): 85-35212793

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

RENDAS MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 63897 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência ou não de condições permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Local e Data: Blotiano - Pi 14.01.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ciro Pereira de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:
CPF:
Assinatura:
2ª Nome:
CPF:
Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 685.964.723-04 Nome completo da vítima: Ciro Pereira de Araújo

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

Nome completo: Ciro Pereira de Araújo CPF: 685.964.723-04
Profissão: Reunido Endereço: Rua Onze de Maio Número: 258 Complemento:
Bairro: Alto da Cruz Cidade: Ilhéus Estado: Pi CEP: 64.800-000
E-mail: Tel (DDD): 85-35212793

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

RENDAS MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 63897 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Local e Data: Ilhéus - Pi 14.01.2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ciro Pereira de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:
CPF:
Assinatura:
2ª Nome:
CPF:
Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0573475
Data: 27/08/2018
Funcionario: MARIA CLARA

Registro: 75697
Hora: 11:52:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 118

SUS

CIRO PEREIRA DE ARAUJO

asc.: 25/07/1966 Idade: 52 ANOS, 1 MÊS, 2 DIAS
nd.: PRIMEIRO DE MAIO, 258 -
or: PARDA Telefone: () -

Profissão:

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: ROMANA PEREIRA DA SILVA

Pai: JOAO PEREIRA DE ANDRADE

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: CIRO PEREIRA DE ARAUJO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

27/08/2018 11:52 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☒ Azul - Não Urgente

Queixa principal: QUEDA DE MOTO COM FRATURA

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Rx Cervical e TC
luxação Humer-Dee

Dr. Conegundes P. F.D.
Ort. 2572 Inscrição
CRM: 2572 T.O.F. 7348

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0408310-5

Consumo de energia elétrica em kWh

2ª Via Nota Fiscal

010209238

Atenção: Este código de barras é válido apenas para a Unidade Consumidora 123, não sendo válido para outras unidades.

PERÍODO DE VENCIMENTO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	29/08/2018	123	107,84

CIRO PEREIRA DE ARAUJO
R. TREZE DE MAIO 258 5/C ALTO DA CRUZ
CPF: 00000000000000
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA

5904	22/08/2018
5781	23/07/2018
1,000	24/09/2018
123	21/08/2018
123	22/08/2018
NORMAL	
30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Capacidade	Numero Medidor	Emprego	Capacidade	Ativa 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1492108		1.1.1.1	117

DETALHAMENTO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUL/18	120	CONSUMO 123 A R\$ 0,831277 = 102,24
JUN/18	102	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 5,60
MAI/18	129	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,14
ABR/18	116	
MAR/18	110	
FEV/18	107	
JAN/18	89	
DEZ/17	114	
NOV/17	138	
OUT/17	120	

TAXA DE DEBITO:
R\$ 123 - 0,004000

IMPORRANTES IMPORRANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGHE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 S 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/08/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

241A.93F6.0273.A17C.AA08.8389.E4AE.CCE7

CONTRIBUIÇÕES DE IMPOSTOS		IMPOSTOS/IMPOSTOS - 45	
Imposto de Renda	21,22	Imposto de Renda	102,24
Imposto de Renda	40,33	Imposto de Renda	22,00%
Imposto de Renda	6,34	Imposto de Renda	22,49
Imposto de Renda	6,42	Imposto de Renda	0,47
Imposto de Renda	27,93	Imposto de Renda	4,47

6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 13,95 3,54
5,42 1,00 5,47

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para contato com a
Lectrobras informe
este número

SEU CÓDIGO

1335477-9

015503709

DEZEMBRO/2018

10/01/2019

156

151,22

CRISTIANE DA CONCEICAO LOPES LINHARES
R. BENTO LEAO 262 A - CENTRO B-URBANO
CPF: 00005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

12053

11897

1,000

156

156

FCAH

24/12/2018

26/11/2018

22/01/2019

21/12/2018

24/12/2018

28

NORMAL

COMERCIAL

HONO

A1441592

3.1.3.1

195

NOV/18 187
OUT/18 195
SET/18 203
AGO/18 188
JUL/18 112
JUN/18 145
MAI/18 139
ABR/18 127
MAR/18 239
FEV/18 200

CONSUMO 156 A R\$ 0,879255 = 137,16
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,50
CORRECAO MONETARIA 10/18-00 1,07
MULTA POR ATRASO 10/18-00 3,25
JUROS POR ATRASO 10/18-00 1,24
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,21

TOTAL 27,29

Mes/Ano Valor R\$
11/2018 165,32

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/01/2019, e não pagamento por 30 dias consecutivos, inclusive do nome do consumidor na SERGE. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR
ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIQUE 0800 080 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.

54E7,0CB3,0468,E3B0,6312,AFB3,205D,A801

27,29

51,88

8,16

8,26

41,57

157,16

22,00%

30,17

2,02

9,38

6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 13,95 3,54
0,00 0,00 10/2018 50,87

FLORIANO

1335477-9

151,22

12/2018

10/01/2019

015503709 FCAH

83630000001 2 51220017000 3 000000001335 9 47791218008 0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0408310-5

Consumo de energia elétrica

2ª Via Nota Fiscal

010209238

VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	29/08/2018	123 107,84

CIRO PEREIRA DE ARAUJO
R. TREZE DE MAIO 258 5/C ALTO DA CRUZ
CPF: 00000000000000
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA

5904	22/08/2018
5781	23/07/2018
1,000	24/09/2018
123	21/08/2018
123	22/08/2018
NORMAL	
30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESIDENCIAL	MONO	A1492108	1.1.1.1	117
-------------	------	----------	---------	-----

DESCRIÇÃO DA CONTA

JUL/18	120	CONSUMO	123 A R\$ 0,831277 =	102,24
JUN/18	102	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,60
MAI/18	129	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,14	
ABR/18	116			
MAR/18	110			
FEV/18	107			
JAN/18	89			
DEZ/17	114			
NOV/17	138			
OUT/17	120			

TAXA DE BASTOS:
R\$ 123 - 0,604090

IMPORRANTES IMPONANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGHE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 S 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/08/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



241A.93F6.0273.A17C.AA08.8389.E4AE.CCE7

CORREÇÃO MONETÁRIA		IMPOSTOS/IMPOSTOS - 45	
Valor de Cálculo	21,22	Valor de Cálculo	102,24
Imposto de Renda	40,33	Imposto de Renda	22,00%
Imposto de Renda	6,34	Imposto de Renda	22,49
Imposto de Renda	6,42	Imposto de Renda	0,47
Imposto de Renda	27,93	Imposto de Renda	4,47

INFORMAÇÕES DE CONTABILIDADE

6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
5,42			1,00			5,47

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para contato com a
Eletrolux informe
este número

SEU CÓDIGO

1335477-9

015503709

DEZEMBRO/2018

10/01/2019

156

151,22

CRISTIANE DA CONCEICAO LOPES LINHARES
R. BENTO LEAO 262 A - CENTRO B-URBANO
CPF: 00005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

12053

11897

1,000

156

156

FCAH

24/12/2018

26/11/2018

22/01/2019

21/12/2018

24/12/2018

28

NORMAL

COMERCIAL

HONO

A1441592

3.1.3.1

195

NOV/18 187
OUT/18 195
SET/18 203
AGO/18 186
JUL/18 112
JUN/18 145
MAI/18 139
ABR/18 127
MAR/18 239
FEV/18 200

CONSUMO 156 A R\$ 0,879255 = 137,16
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,50
CORRECAO MONETARIA 10/18-00 1,07
MULTA POR ATRASO 10/18-00 3,25
JUROS POR ATRASO 10/18-00 1,24
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,21

TOTAL 27,29

Mes/Ano Valor R\$
11/2018 165,32

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/01/2019. V não pagamento por 30 dias seguidos também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR
ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIQUE 0800 080 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.

54E7,0CB3,0468,E3B0,6312,AFB3,205D,A801

27,29

51,88

8,16

8,26

41,57

157,16

22,00%

30,17

2,02

9,38

6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 13,95 3,54
0,00 0,00 10/2018 50,87

FLORIANO

1335477-9

151,22

12/2018

10/01/2019

015503709 FCAH

83630000001 2 51220017000 3 000000001335 9 47791218008 0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Agustinho Ferreira do Nascimento inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.532.253 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lino Pereira de Araújo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 685.964.723 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima
Lino Pereira de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 685.964.723 / 04 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 Líder-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 Bento Boas</u>	Número	<u>262 A</u>	Complemento	—
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ilhéus</u>	Estado	<u>PI</u>
E-mail	—	CEP	<u>64.800-000</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>89-3521.2793</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>89-99924 0114</u>

Ilhéus-PI 16 de 01 de 19
Local e Data

Agustinho Ferreira do Nascimento
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Agustinho Ferreira do Nascimento inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.532.253 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lino Pereira de Araújo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 685.964.723 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima
Lino Pereira de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 685.964.723 / 04 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 Líder-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 Bento Boas</u>	Número	<u>262 A</u>	Complemento	—
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ilhéus</u>	Estado	<u>PI</u>
E-mail	—	CEP	<u>64.800-000</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>89-3521.2793</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>89-99924 0114</u>

Ilhéus-PI 16 de 01 de 19
Local e Data

Agustinho Ferreira do Nascimento
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470