

Controle de Audiências Consulta pr... 0800090-16 x 0000377-94 x 0813136-26 x 0811016-10 x 0800213-84 x Unir PDF on +

tpi.pje.jus.br/lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=178978&ca=cdb73a633f230ca3a5b1c6a5ccba993df3b... Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJe ProceComCiv 0800090-16.2019.8.18.0039 FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

11510178 - CONTESTAÇÃO (2745448 CONTESTACAO 01) Juntaido por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/08/2020 10:24:45

25 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11510171 - CONTESTAÇÃO
 - 11510178 - CONTESTAÇÃO (2745448 CONTESTACAO 01)
- 11510182 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 11510184 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo D3 subs atos procuraçao compressed web)
- 11510185 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 11510186 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 9 2745448- C3/ 2020-03130/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08000901620198180039

10:24 10:30 25/08/2020



Número: **0800090-16.2019.8.18.0039**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Barras**

Última distribuição : **31/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO (AUTOR)	ISLANNY OLIVEIRA SANTOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11510 182	25/08/2020 10:24	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Via de Pagamento para o mês/ano: 08/2018 referente a UC: 9889817

<http://www.eletrobraspiau.com/segundavia/fatura.php>



Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 9858905

MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO

AV SAO JOSE OPERARIO, 936 , 936

VILA JOAO PAULO

64100000 BARRAS

PI

CÓDIGO ÚNICO 9889817	MÊS 08/2018	PERÍODO DE CONSUMO 13/07/2018 a 15/08/2018
CONSUMO (kWh) 30	VENCIMENTO 23/08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 7,23

OBSERVAÇÕES

A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

Ligue EDPI: 0600 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 9889817	MÊS 08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 7,23
-------------------------	----------------	---------------------------

836500000002.072300170007.000000009886.981708180055



1 de 1

03/09/2018 15:55



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:26:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251024441930000010901693>
Número do documento: 2008251024441930000010901693

Num. 11510182 - Pág. 1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima FRANCISCO FERREIRA DE ARRUDA	CPF da Vítima 194.020.445-04	Data do Acidente 19/10/18
--	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) 8629-8802-0276

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

MARCAS 01 12 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Francisco Ferreira de Arruda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 106495.001239/2018-40

Unidade de Registro: JF DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 12/09/2018 - 10:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

JF DE BARRAS

Data/Hora

19/08/2018 - 01:00

Local

PAZ PÚBLICA

Município

BARRAS

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

RUA IDADE PAU D'ARCO, N°

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO

Tipo Envolve: VITIMA/Noticiante

CPF: 2642992-889-71

Nome: MARIA DE LOURDES ARAÚJO

Endereço: RUA ORTÉNCIA LIRA, N° 66

Bairro: FLORESTA

Cidade: BARRAS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: MONTANA Modelo:

2010/2011

Ano: Placa: Chassi:

2012 QED9683 SC2HE210CR473096

Renavam:

00484149650

Cor: Roxa

Condutor: FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO

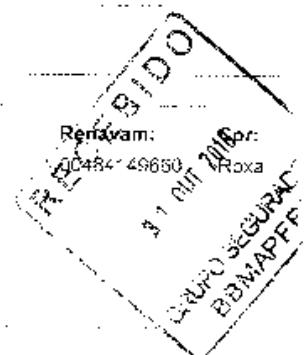
CPF: 2642992 Órgão: SSP UF: RG: PI

Endereço: RUA ORTÉNCIA LIRA Número: 66 Complemento:

Bairro: BARRAS JF: PI Bairro: FLORESTA

Proprietário: FRANCISCA FERREIRA PASSOS LOPES

Cidade: BARRAS UF: Bairro:



RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATÓRIO: O JF DIA 19/08/2018, POR VOLTA DAS 01:00 HRS, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DA SENHORA FRANCISCA FERREIRA PASSOS LOPES, QUE SEGUIA SENDO TRANSPORTADA NA GARUPA, NA ESTRADA VICINAL DA LOCALIDADE FAU D'ARCO, ZONA RURAL DE BARRAS - PI. QUANDO AO PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA DEVIDA A AREIA DA PISTA, O NOTICIANTE E FRANCISCA CAIRAM NO SOLO; QUE O NOTICIANTE MACHUCOU O OMBRO, MAS FRANCISCA NÃO TEVE NADA; QUE FOI SOCORRIDO POR PESSOAS QUE PASSARAM PELO LOCAL ATÉ O HOSPITAL DE BARRAS - PI; QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE PIRIPIRI - PI, ONDE FOI CONSTATADA UMA FRATURA PROXIMO AO OMBRO E O NOTICIANTE PASSOU POR CIRURGIA; QUE FICOU 02 DIAS INTERNADO; QUE DECLARA NÃO POSSUIR CARTEIRA DE HABILITAÇÃO PARA CONDUÇÃO DE MOTOCICLETA OU OUTRO VEÍCULO AUTOMOTOR.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2861941
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Ferreira de Araújo
FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO - Noticiante
Responsável pela Informação





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

665 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001239/2018-40

Delegado de Polícia



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

106495.001239/2018-40

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 106495.001239/2018-40

Núm. de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 12/08/2018 - 10:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Policial Responsável

Data/Hora

Geraldo Magela Veras Neto

12/08/2018 - 01:00

Local

DE BARRAS

UF: PI

CEP: 65.800-000

UF: PI

<



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:26:34
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082510244419300000010901693>
Número do documento: 20082510244419300000010901693

Num. 11510182 - Pág. 6

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

0158 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001239/2018-40

Delegado de Polícia

Documento emitido em: 12/08/2018 10:38 - SisBO@2018 AT

Página 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:26:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251024441930000010901693>
Número do documento: 2008251024441930000010901693

Num. 11510182 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:26:34
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251024441930000010901693>
Número do documento: 2008251024441930000010901693

Num. 11510182 - Pág. 8



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou AS: 194.010.015-04 CPF da Vítima: 194.010.015-04 Nome completo da vítima: Eramuico Ferreira de Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF	Endereço
<u>FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO</u>	<u>194.010.015-04</u>	
Endereço	Número	Complemento
<u>RUA MORTENCIPIO PEREIRA LIRA</u>	<u>68</u>	
Selmo	Cidade	CEP
<u>FLORESTA</u>	<u>BARRAS</u>	<u>64100-000</u>
E-mail		Telefone (02 327)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO IN-ON-MAR	<input type="checkbox"/> S. M. IN-FIA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Até onde houver opção):			
<input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA (041) <input type="checkbox"/> C. TAJ (041)			
<input type="checkbox"/> C. T. C. (040) <input type="checkbox"/> C. B. C. (044) <input type="checkbox"/> C. B. C. (044)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
<u>2844</u>	<u>41 37.719</u>	<u>2844</u>	<u>41 37.719</u>
Informar digito de ex. 001	Informar digito de ex. 001	Informar digito de ex. 001	Informar digito de ex. 001

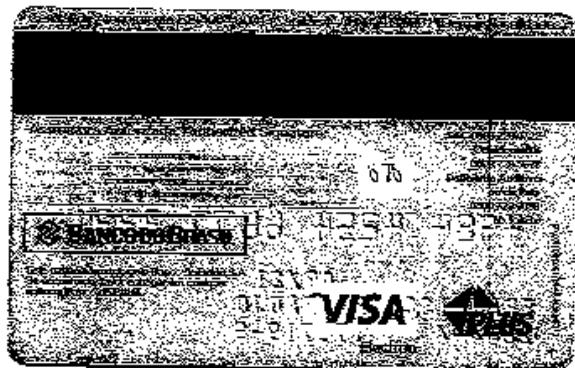
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprometendo a cobertura securitária da(s) e(o) sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação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

Buarro Ri. 16 de Outubro
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

25/08/2020 10:26:34



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:26:34
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251024441930000010901693>
Número do documento: 2008251024441930000010901693

Num. 11510182 - Pág. 10



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou AS: 194.010.015-04 CPF da Vítima: 194.010.015-04 Nome completo da vítima: Eramuico Ferreira de Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF	Endereço
<u>FRANCISCO FERREIRA DE ARAÚJO</u>	<u>194.010.015-04</u>	
Endereço	Número	Complemento
<u>RUA MORTENCIPIO PEREIRA LIRA</u>	<u>68</u>	
Selmo	Cidade	CEP
<u>FLORESTA</u>	<u>BARRAS</u>	<u>64100-000</u>
E-mail		Telefone (02 322)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO IN-ON-MAR	<input type="checkbox"/> S. M. IN-FIA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Até onde houver opção):			
<input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA (041) <input type="checkbox"/> C. TAJ (041)			
<input type="checkbox"/> C. T. C. (040) <input type="checkbox"/> C. B. C. (044) <input type="checkbox"/> C. B. C. (044)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
<u>2844</u>	<u>41 37.719</u>	<u>2844</u>	<u>41 37.719</u>
Informar digito de ex. 001	Informar digito de ex. 001	Informar digito de ex. 001	Informar digito de ex. 001

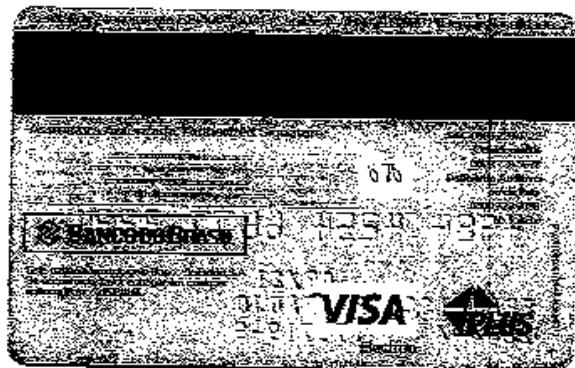
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprometendo a cobertura securitária da(s) o(s) sinistro(s), autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação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

Buarro Ri. 16 de Outubro
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

25/08/2020 10:26:34



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:26:34
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251024441930000010901693>
Número do documento: 2008251024441930000010901693

Num. 11510182 - Pág. 12



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	194.030.035-04	FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO	194.030.035-04	
Endereço	Número	Complemento
RUA HERCÍNIO PEREIRA LIRA	08	
Bairro	Cidade	Estado
BOA VISTA	PIARRAS	PIAUÍ
Email	CEP	64100-000
	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

AGÊNCIA NRO: 079 44 CONTA NRO: 47.719 DTA: 8
(Inserir digito se existir) (Inserir digito se existir) (Inserir digito se existir)

Q. CONTA CORRENTE (todos os bancos):

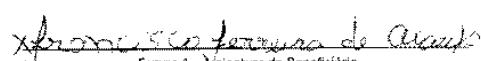
BANCO Nome _____ NRO: _____

AGÊNCIA NRO: _____ DTA: _____ CONTA NRO: _____ DTA: _____

(Inserir digito se existir) (Inserir digito se existir)

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

PIARRAS - PI, 12 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

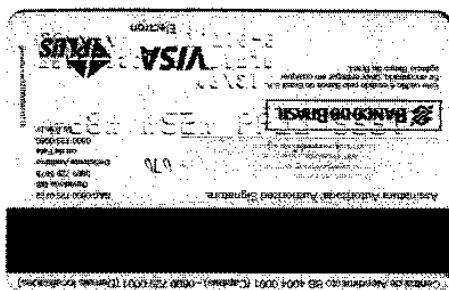
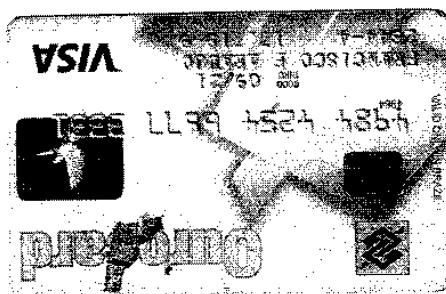
FAPPF-001 V001/2012





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:26:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251024441930000010901693>
Número do documento: 2008251024441930000010901693

Num. 11510182 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:26:34
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251024441930000010901693>
Número do documento: 2008251024441930000010901693

Num. 11510182 - Pág. 15

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO**
Nº Sinistro: **3180458713**
Vitima: **FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO**
Data do Acidente: **19/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180458713**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180458713**
Vitima: **FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO**
Data do Acidente: **19/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180458713**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13445101



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02844-4

CONTA: 000010017719-0

Nr. da Autenticação B9355F193973672F



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:26:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251024441930000010901693>
Número do documento: 2008251024441930000010901693

Num. 11510182 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180458713 **Cidade:** Barra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO À ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL DO OMBRO À ESQUERDA.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Marina de Souza da Cunha, inscrito (a) no CPF/CNPJ 006.134.932-124, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ismael Souza da Cunha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 194.030.015 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Ismael Souza da Cunha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 194.030.015 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recepcionista Renda: R\$ 1.500,00 e apresento os documentos comprobatórios:

RECUA

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
VILA SÃO JOSÉ ONE RARIO		936	
Barrio	Cidade	Estado	CEP
VILA SÃO PAULO	Bauru	SP	64.100-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

Bauru - SP, 13 de fevereiro de 2018
Local e Data

Marina de Souza da Cunha
Assinatura do Declarante

BLDRG.001 V001/2017

