
Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259856

Vítima: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

Data do Acidente: 29/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

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, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190259856

Vítima: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

Data do Acidente: 29/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259856

Vítima: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

Data do Acidente: 29/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

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

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:

780.097.153-87

Nome completo da vítima:

EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

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

Nome completo:

EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

CPF:

780.097.153-87

Profissão:

LAVRADOR

Endereço:

LOCALIDADE AREIAL

Número:

S/Nº

Complemento:

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

SÃO JOSÉ DO DIVINO

Estado:

PI

CEP:

64.245-00

E-mail:

Tel./DDD:

86-9 8108-3693

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

RENDA 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: DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0252

6

CONTA:

26.908

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua do Rio de Janeiro, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24.002-970
Teresina - PI

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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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, PIRACURUCA-PI, 01 DE MARÇO DE 2019

Nome: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

CPF: 780.097.153-87

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LogMais

PRUDENCIA GOMES
Pos: 00047586 LI: 1027 Doc: 83 Oper: 47586
25-02-19 10:57:07

COBAN: 047586 LOJA: 0001 PDV: 047586
BANCO DO BRASIL
25-02-2019 AUTO-ATENDIMENTO 10.57.06
025247586

EXTRATO CONTA CORRENTE P-CONFERENCIA

AGENCIA: 0252-6 CONTA: 26.903-5
CLIENTE: EDILSON C S 78009715387

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DATA DO HISTÓRICO VALOR
3101 Saldo Ant
1502 TAR PACOTE
2502 SALDO

Saldo
Juros *
Data de Debito de Juros 28-02-2019
IOF *
Data de Debito de IOF 01-03-2019
(*) Apurados de acordo com o somatório
dos saldo devedores diários no mes
anterior ao debito.

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: 780.097.153-87 Nome completo da vítima: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

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

Nome completo: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA CPF: 780.097.153-87
Profissão: LAVRADOR Endereço: LOCALIDADE AREIAL Número: S/Nº Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO JOSÉ DO DIVINO Estado: PI CEP: 64.245-00
E-mail: _____ Tel./DDD: 86-9 8119-0270

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: DO BRASIL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0252 6 CONTA: 26.908 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização futura.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
GENTE SEGUROS
Rua Coelmo de Resende, 465 Loja C
Centro - Fortaleza - CE 61.002-470
Telefone: (85) 3101-1111

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: SÃO JOSÉ DO DIVINO-PI, 22 DE ABRIL DE 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 235811.000050/2018-53

Unidade de Registro: DP DE PIRACURUCA

Resp. pelo Registro: Jefferson Paulo Ribeiro Soares

Data/Hora: 06/11/2018 - 12:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO JOSÉ DO DIVINO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO JOSÉ DO DIVINO

Endereço

PRÓXIMO A BARRAGEM DE PEDRA DA LOCALIDADE ADOBE, Nº:

Complemento

514750

Data/Hora

29/10/2018 - 19:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

RG: 1631545 SSP PI

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS CERQUEIRA SILVA

Pai: ONOFRE GOMES DA SILVA NETO

Endereço: LOCALIDADE AREIAL, Nº S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SÃO JOSÉ DO DIVINO - CEP: 64245-000

Telefone(s): 86-8119-0270

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: LUCILENE FONTENELE RIBEIRO

RG: 21141148 SSP PI

Mãe: MARIA MACHADO FONTENELE RIBEIRO

Pai: JOSÉ BENTO RIBEIRO

Endereço: RUA BENEDITO DA SILVA CARVALHO, Nº 1145

Complemento: BAIRRO BATOQUE

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: SÃO JOSÉ DO DIVINO - CEP: 64245-000

Telefone(s): 86-8119-0270

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Nome: PEDRO PAULO DE OLIVEIRA MACHADO

RG: 1496860 SSP PI

Mãe: AUCINE MARTINS DE OLIVEIRA MACHADO

Pai: BERNARDO DE CERQUEIRA MACHADO

Endereço: RUA ANTONIO SILVINO, Nº 181

Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO JOSÉ DO DIVINO - CEP: 64245-000

Telefone(s): 12-9723-2335

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 125 FAN

2008 NHX4412 9C2JC30708R541708

958258481

Preta

Condutor: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

RG: 1631545 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE AREIAL Número: S/N Complemento:

Cidade: SÃO JOSÉ DO DIVINO UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: MANOEL MACHADO DE BRITO

Cidade: PIRACURUCA UF: Bairro:



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 235811.000050/2018-53

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMUNICA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA, PILOTAVA A MOTOCICLETA SUPRA QUALIFICADA PELA ESTRADA DE PIÇARRA QUE LIGA A LOCALIDADE ADOBE A CIDADE DE SÃO JOSÉ DO DIVINO. QUE AO CHEGAR NA CURVA DE ACESSO A BARRAGEM DE PEDRA DO RIACHO SUSSUARANA, AINDA NA LOCALIDADE ADOBE, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU SOFRENDO FRATURA NA FACE DO LADO ESQUERDO. QUE SOMENTE CERCA DE MEIA HORA DEPOIS FOI QUE APARECEU NO SENHOR E LHE SOCORREU LEVANDO PARA O UBS DE SÃO JOSÉ DO DIVINO, DE ONDE FOI ENCAMINHADO PARA A CLÍNICA ARMANDO CAJUBÁ EM PARNAIBA-PI.

Jefferson Paulo Ribeiro Soares - Mat. 2982498
AGENTE DE POLÍCIA

EDILSON DE CERQUEIRA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Bel. Hugo de Azeiteiro Sampaio Filho
Delegado de Polícia Civil
Mat. 298007-9



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: 780.097.153-87 Nome completo da vítima: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA CPF: 780.097.153-87
Profissão: LAVRADOR Endereço: LOCALIDADE AREIAL Número: S/Nº Complemento: _____
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO JOSÉ DO DIVINO Estado: PI CEP: 64.245-00
E-mail: _____ Tel (DDD): 86-9 8108-3693

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

RENDA 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: DO BRASIL
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0252 6 CONTA: 26.908 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 ABR 2019
GENTE SEGUROS
Rua do Rio de Janeiro, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ
Tel: 21-2412-1178

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 Líder 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: PIRACURUCA-PI, 01 DE MARÇO DE 2019
Nome: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA
CPF: 780.097.153-87

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 780.097.153-87 Nome completo da vítima: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

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

Nome completo: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA CPF: 780.097.153-87
Profissão: LAVRADOR Endereço: LOCALIDADE AREIAL Número: S/Nº Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO JOSÉ DO DIVINO Estado: PI CEP: 64.245-00
E-mail: _____ Tel./DDD: 86-9 8119-0270

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: DO BRASIL

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0252 6 CONTA: 26.908 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização futura.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Fortaleza - CE 61.002-470
Telefone: (85) 3101-1111

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

Local e Data: SÃO JOSÉ DO DIVINO-PI, 22 DE ABRIL DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MANOEL MACHADO DE BRITO

RG nº 25.897.939-2 data de expedição 19/10/1990

Órgão BSP PI, portador do CPF nº 397.617.203-06 com domicílio na cidade de 397.617.203-06, no Estado de

Pisui, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)

Localidade Sufarana - Arubas, nº S-N

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 EDILSON DE CERQUEIRA SILVA, cujo o condutor era EDILSON DE CERQUEIRA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA MARCA

Modelo: CG 125 FAN

Ano: 2008/2008

Placa: NHX-4412

Chassi: 9C2JC30708R541708

Data do Acidente: 29/10/2018

Local e Data: SÃO JOSÉ DO DIVINO-PI, 01 DE MARÇO DE 2019

Manuel Machado de Brito

Assinatura do Declarante

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s):

Manuel Machado de Brito

Em test. Manuel Machado de Brito verdade

Prescurva - PI 25/03/2019 Smol / total 4,98

Fátima Maria Passos Galvão
Fátima Maria Passos Galvão - Tabelã Interina
Válida com o(s) selo(s) ABO - 34522



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



Médico

Entfernungsgem

Paciente: Edison de Oliveira M.D.N. 41a
Cartão do SUS 704 7037 81130

End.: _____ Estado: _____ Horário: _____
Cidade: _____ Data: 21/10/14
Sexo: _____

Queixa Principal: *Prisão de prisão e perda a*
febre e a dor
febre e a dor
H.D.A. *comida*

1. *Ornithoglossum*
 2. *Syntherisma*
 3. *Polypodium*
 4. *Polypodium*
 5. *Polypodium*
 6. *Polypodium*
 7. *Polypodium*
 8. *Polypodium*
 9. *Polypodium*
 10. *Polypodium*
 11. *Polypodium*
 12. *Polypodium*
 13. *Polypodium*
 14. *Polypodium*
 15. *Polypodium*
 16. *Polypodium*
 17. *Polypodium*
 18. *Polypodium*
 19. *Polypodium*
 20. *Polypodium*
 21. *Polypodium*
 22. *Polypodium*
 23. *Polypodium*
 24. *Polypodium*
 25. *Polypodium*
 26. *Polypodium*
 27. *Polypodium*
 28. *Polypodium*
 29. *Polypodium*
 30. *Polypodium*
 31. *Polypodium*
 32. *Polypodium*
 33. *Polypodium*
 34. *Polypodium*
 35. *Polypodium*
 36. *Polypodium*
 37. *Polypodium*
 38. *Polypodium*
 39. *Polypodium*
 40. *Polypodium*
 41. *Polypodium*
 42. *Polypodium*
 43. *Polypodium*
 44. *Polypodium*
 45. *Polypodium*
 46. *Polypodium*
 47. *Polypodium*
 48. *Polypodium*
 49. *Polypodium*
 50. *Polypodium*
 51. *Polypodium*
 52. *Polypodium*
 53. *Polypodium*
 54. *Polypodium*
 55. *Polypodium*
 56. *Polypodium*
 57. *Polypodium*
 58. *Polypodium*
 59. *Polypodium*
 60. *Polypodium*
 61. *Polypodium*
 62. *Polypodium*
 63. *Polypodium*
 64. *Polypodium*
 65. *Polypodium*
 66. *Polypodium*
 67. *Polypodium*
 68. *Polypodium*
 69. *Polypodium*
 70. *Polypodium*
 71. *Polypodium*
 72. *Polypodium*
 73. *Polypodium*
 74. *Polypodium*
 75. *Polypodium*
 76. *Polypodium*
 77. *Polypodium*
 78. *Polypodium*
 79. *Polypodium*
 80. *Polypodium*
 81. *Polypodium*
 82. *Polypodium*
 83. *Polypodium*
 84. *Polypodium*
 85. *Polypodium*
 86. *Polypodium*
 87. *Polypodium*
 88. *Polypodium*
 89. *Polypodium*
 90. *Polypodium*
 91. *Polypodium*
 92. *Polypodium*
 93. *Polypodium*
 94. *Polypodium*
 95. *Polypodium*
 96. *Polypodium*
 97. *Polypodium*
 98. *Polypodium*
 99. *Polypodium*
 100. *Polypodium*

CD: ☒ Consulta

- ☐ Consulta com medicação / Aerosol (descrever)
- ☐ Consulta com pequena cirurgia (descrever)
- ☐ Consulta com internação (Anexar AIH)
- ☐ Consulta com aparelho gestado (descrever)
- ☐ Consulta com encaminhamento (descrever)
- ☐ Consulta com observação (descrever)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
04 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Laje C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Alta: Data: ____/____/____ Horário: _____

Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico com carimbo

Nota: a) Os procedimentos realizados não serão cobrado dos pacientes.



CLÍNICA ARMANDO CAJUBÁ

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

CENTRO MÉDICO PARNAIBANO

Nº Ordem: 259312

Rgh: 79114

Data: 01/11/2018

Cliente: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

Médico:

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Laudo

TÉCNICA:

Realizados cortes axiais (com reconstruções multiplanares e em 3D) do crânio, sem a injeção endovenosa de contraste iodado, evidenciando:

ACHADOS:

- Fraturas na hemiface esquerda, envolvendo o zigoma, parede lateral da órbita e arco zigomático homolaterais.
- Discreto hematoma periorbitário à esquerda.
- Solução de continuidade na porção cartilaginosa do septo nasal.
- Calota craniana íntegra.
- Sulcos corticais e cisternas encefálicas normais.
- Ventrículos laterais e terceiro ventrículo com morfologia e dimensões preservadas.
- Parênquima cerebral com morfologia e atenuação normais.
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.



OPINIÃO: - Fraturas na hemiface esquerda, envolvendo o zigoma, parede lateral da órbita e arco zigomático homolaterais.

- Discreto hematoma periorbitário à esquerda.
- Solução de continuidade na porção cartilaginosa do septo nasal.

Dr. Brenno Marco Pereira Gomide
CRM-PI 5507
Médico Radiologista RQE 2101


Dr. Armando Cajubá de Britto Neto
CRM-PI 3929
Médico Radiologista RQE 1647

Dr. Armando Cajubá de Britto Filho
CRM-PI 1220
Médico Radiologista RQE 2103



ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE
DE MEDICINA
REGIONAL DE PARNAÍBA



SERIE - A Nº 134140

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins e a pedido do (a) interessado (a) que atendi

Eduardo de Cássio Fátima

RG/CPF

Portador CID

(Autorizado pelo paciente)

de (Hemorria do crânio esquerdo)
com FRATURAS AA FEMUR e LESÃO DE
PERÓSTEIO ESQUERDO e fratura
DO OSSO DO VARIZ. Lesões fúnc
em (Hemorria do crânio)
(H. fúnc)

PARNAÍBA

DE

DE

CRM

CPF

Dr. Paulo Afonso Lages Gonçalves
CRM 515 - CPF 051.628.073-20

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 ABR 2019

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

COLEGA MORALIZE O ATESTADO MÉDICO UTILIZE O FORMULÁRIO DA
APM PARA OS SEUS ATESTADOS.
PARTICIPE DA APM.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

DOC. IDENTIDADE - ORIG. EMISSOR/LP
1631345 SSP PI

CPF
780.097.153-87

DATA NASCIMENTO
04/11/1977

FILIAÇÃO
DIONÍSIO GOMES DA SILVA
NETO
FRANCISCA DAS CHAGAS
CERQUEIRA SILVA

PERMISSÃO
12-00000-00000

REC.
12-00000-00000

CAT. DIR.
A2

REGISTRO
93322990435

VALIDADE
04/12/2018

ITINERÂNCIA
03/09/1996

OBSERVAÇÕES
HABILITADO P/ TRANSPORTE PRODUTOS PERIGOSOS
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Edilson de Cerqueira Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PIRACURUCA

DATA DE EMISSÃO
11/05/2015

29140817318
PI314841733

DETRAN-PI (P/PAU)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1088803971

PROIBIDO PLASTIFICAR

1088803971

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
780.097.153-87

Nome
EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

Nascimento
04/11/1977

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO
dígito verificador: 00
às 11:25:39 do dia 12/06/2018 (hora e data de Brasília)
Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil



CÓDIGO DE CONTROLE
738F502D.5EA2.6E06

REMETENTE:

EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

Endereço: localidade Areial

Zona rural São José do Divino-PI.

CEP.: 64.243-000

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 ABR 2019

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

PARA:
GENTE SEGURADORA
R. Coelho de Resende, 465 - sala c
Centro (Sul), Teresina - PI; 64000-370

HD

Correios REGISTRADO URGENTE
registered priority

0,069

Recebedor

AR MP

Assinatura

Doc.

JU 31655166 7 BR



Id. da unidade

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 sala c
Centro-Norte CEP: 64000-370

642 967 0

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190259856 **Cidade:** São José do Divino **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA **Data do acidente:** 29/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NOS OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116103/19

Vítima: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

CPF: 780.097.153-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 29/10/2018

Titular do CPF: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

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
Outros

EDILSON DE CERQUEIRA SILVA : 780.097.153-87

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: 04/04/2019
Nome: EDILSON DE CERQUEIRA SILVA
CPF: 780.097.153-87

EDILSON DE CERQUEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa