

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205539/19

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

CPF: 052.383.413-69

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCIVAN VIEIRA DE SA : 052.383.413-69

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/06/2019
Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SA
CPF: 052.383.413-69

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384617

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIVAN VIEIRA DE SA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384617

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190384617

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCIVAN VIEIRA DE SA

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

ESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <i>Francivan Vieira de Sá</i>	CPF: <i>052383413/69</i>	
Profissão: <i>Ajudante geral</i>	Número: <i>03</i>	Complemento:
Bairro: <i>Permissão</i>	Cidade: <i>Mazare</i>	Estado: <i>PI</i>
E-mail:	CEP: <i>64825-000</i>	Tel. (DDD): <i>(89) 994019207</i>

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: _____
AGÊNCIA: <i>0971</i> <i>7</i> CONTA: <i>1000094</i> <i>7</i> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não	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: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: *Barbiana Maria Silva Lopes*
CPF: *052972363-00*

Assinatura

2º Nome: *Ivoneide Borges Viana Costa*
CPF: *987.560.103-970*

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.

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 com 16 ou 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 052383413/69	Nome completo da vítima Francivan Vieira de Sá
---------------------------	--------------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francivan Vieira de Sá		CPF titular da conta 052383413/69	Profissão Ajudante geral
Endereço		Número 03	Complemento
Bairro Permissão	Cidade Nazare	Estado PI	CEP 64825-000
Email		Telefone (DDD) (89)994019207	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

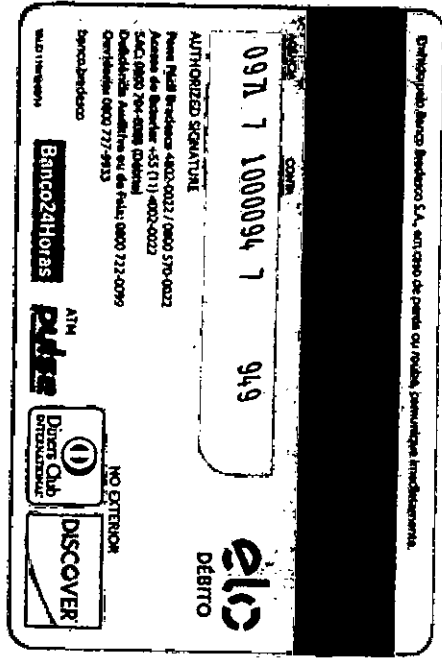
☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0971 D/V 7		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 1000094 D/V 7		AGÊNCIA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

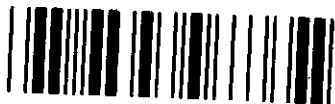
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

_____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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 ASL

CPF da Vítima

052383413/69

Nome completo da vítima

Francivan Vieira de Sá

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Francivan Vieira de Sá		052383413/69		AX. Serviços Diversos
Endereço		Número	Complemento	
		12		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Permissão	Nazaré	Piauí	64.825-000	
Email			Telefone (DDD)	
			1891994019207	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☒ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 0971

D/V

7

CONTA

NRO. 1000094

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Nazaré, 03 de Setembro de 2019

Local e Data

Francivan Vieira de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

0523834/69

Francivan Vieira de Sá

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Francivan Vieira de Sá

0523834/69

Ar. Serviços Diversos

12

Permissão

Nazaré

Piauí

64.825-000

89-994019207

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0971 7 CONTA: 1000094 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
dígito da
vítima ou
beneficiário
no atestado

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

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

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

38 - 1º | Nome: Marciane Maria Silva Lopes

CPF: 052.472.363-00

Marciane Maria Silva Lopes

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Ivoneide Borges Viana

CPF: 987.560.103-94

Ivoneide Borges Viana

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Francivan Vieira de Sá

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
-------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
----	--	---

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte e para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 186714.000052/2019-18

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Bruno Rafael De Carvalho Ursulino

Data/Hora: 31/05/2019 - 10:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE NAZARÉ DO PIAUI

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

NAZARÉ DO PIAUI

Endereço

LOCALIDADE MELANCIAS, Nº:

Complemento

RECEBILHO

11 JUN 2019

Seguradora Lider DP/A1

Data/Hora

16/07/2018 - 03:15

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

RG: 569578267 SSP PI

Mãe: MARIA JOSÉ VIEIRA DE SÁ

Endereço: LOCALIDADE PERMISSÃO, Nº S/N

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: NAZARÉ DO PIAUI

Telefone(s): 89-9401-9207

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE NO DIA 16 DE JULHO DE 2018 ÀS 03H15MIN VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO-SE DESORIENTADO, VÁRIOS FERIMENTO NA FACE, RUPTURA DE DENTES, SANGRAMENTO NASAL E SUSPEITA DE TRAUMATISMO CRANIANO, QUEIXANDO-SE DE DOR INTERNA NA REGIÃO DO CRÂNIO; QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL TIBÉRIO NUNES, ONDE FICOU INTERNADO POR UM DIA, PARA SER REALIZADO EXAMES ESPECIALIZADOS;

P.O. Mariana Alem Santos

Bruno Rafael De Carvalho Ursulino - Mat. 2990440
DELEGADO DE POLÍCIA

Francivan Vieira de Sá

FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ - Noticiante
Responsável pela Informação

Bruno Ursulino
Delegado de Polícia
299044-0



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

Boletim de ocorrência



464 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 186714.000091/2019-15

Complementar ao BO Nº: 186714.000090/2019-70

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: *p.o. Maxiana Alem*
Nayliê Fonseca Pereira Rocha

Data/Hora: 30/08/2019 - 11:04

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE NAZARÉ DO PIAUÍ

Tipo Local

OUTROS

Município

NAZARÉ DO PIAUÍ

Endereço

LOCALIDADE MELANCIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

16/07/2019 - 03:15

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

RG: 569578267 SSP PI

Mãe: MARIA JOSÉ VIEIRA DE SÁ

Endereço: LOCALIDADE PERMISSÃO, Nº S/N

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: NAZARÉ DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9401-9207

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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 150 TITAN KS	2008	NIF1480	9C2KC0810BR099687	947641025	Preta

Condutor: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

RG: 569578267 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE PERMISSÃO Número: S/N Complemento: ZONA RURAL

Cidade: NAZARÉ DO PIAUÍ UF: PI Bairro: PREJUDICADO

Proprietário: FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ

End: LOCALIDADE PERMISSÃO Número: S/N

Cidade: NAZARÉ DO PIAUÍ UF: PI Bairro: PREJUDICADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE NO DIA 16 DE JULHO DE 2018 ÀS 03H15 MIN VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NO VEÍCULO ACIMA CITADO,

QUANDO CONDUZIA POR UMA ESTRADA DE CHÃO, NO POVOADO MELANCIA/NAZARÉ DO PIAUÍ, QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL ESPERANÇA GARCIA, ONDE FOI ATENDIDO, APRESENTANDO-SE DESORIENTADO, COM VÁRIOS FERIMENTO NA FACE, RUPTURA DE DENTES, SANGRAMENTO NASAL E SUSPEITA DE TRAUMATISMO CRANIANO, QUEIXANDO-SE DE DOR INTERNA NA REGIÃO DO CRÂNIO; QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL TIBÉRIO NUNES, ONDE FICOU INTERNADO POR UM DIA, PARA SER REALIZADO EXAMES ESPECIALIZADOS;

p.o. Maxiana Alem
Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat.
AGENTE DE POLÍ

Francivan Vieira de Sá
FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Paraíba
Luccy Kelko Leal Paraíba
Delegado Geral de Polícia Civil-PI

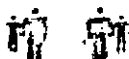
Hospital Municipal Esperança Garcia

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000



Nazaré do Piauí

Unidade de Saúde Municipal

Comprovação de ato declaratório



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIA**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o senhor **FRANCIVAN VIEIRA DE SÁ**, filho de Maria José Vieira de Sá, nascido em 26 de Julho de 1989, portador do RG.: 56.957.826-7/ SSP- SP e CPF: 052.383.413-69, residente e domiciliado no Povoado Permissão, Zona Rural deste município, deu entrada neste Hospital no dia 16 de Julho de 2018 às 03:15h vítima de acidente motociclístico, apresentando-se desorientado, vários ferimentos na face, ruptura de dentes, sangramento nasal, e suspeita de traumatismo craniano, queixando-se de dor intensa na região do crânio, foram prestados cuidados de enfermagem dos quais citam-se: Aferição da P.A, acesso venoso, curativo local, por não haver médico na unidade de saúde, foi feita a transferência do mesmo para o Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI para cuidados especializados.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que se produza os efeitos legais da mesma.

Nazaré do Piauí (PI), 11 de Setembro de 2018.

Quésia de Oliveira Miranda e Brito.

Quésia de Oliveira Miranda e Brito

Secretária Administrativa e Financeira-HMEG

Portaria Nº005/2017

Comprovante de residencia



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CODIGO

0856289-0

COMPANHIA ENERGIA DO PIAUI

Nº da Fatura F-144 009974289

AGOSTO/2018

24/08/2018

95

63,34

MARIA JOSE VIEIRA DA SA
PV PERMISSAO S/N B-RURAL
CPF: 00069148821349
CEP: 64.825-000 - NAZARE DO PIAUI

ROT: 177.801.13.82.042000

1360	18/08/2018
1174	18/08/2018
1,000	19/09/2018
95	15/08/2018
95	18/08/2018
NORMAL	31
FCAM	

RURAL MONO A1918368 4,1,2,1 83

JUN/18	60	CONSUMO	95-A-R\$ 0,602545	57,24
JUN/18	68	CORRECAO MONETARIA-IGPM-(2X)		2,63
MAR/18	94	MULTA POR ATRASO (2X)		1,79
ABR/18	94	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER		1,68
MAR/18	62	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,74	
FEV/18	93			
JAN/18	88			
DEZ/17	82			
NOV/17	90			
OUT/17	90			

TARIFA SEM TRIBUTOS:

Mes/Ano	Valor
07/2018	106,71

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

AZF6.AA8C.LF6C.9D9F.AC69.CFBD.BC21.5/E5

11,89	57,24
22,58	22,63
3,55	12,59
3,59	0,54
15,63	2,50

6,87 13,74 27,48 3,93 7,85 15,70 3,97
0,00 0,00 0,00

NAZARE DO PIAUI

06/2018

13,88

ROT: 177.801.13.82.042000



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francivan Vieira de SáRG nº 56.957.826-7, data de expedição 27/11/2012 Órgão SSP-SP

CPF nº 052383413/69, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>12</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Permissão</u>
Cidade	<u>Nazare</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.825.000</u>
Telefone de Contato	<u>(89)994019207</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nazare-PI 03-08-2019Assinatura do Declarante: Francivan Vieira de Sá

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, Informe
o seu NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0856289-0

Nº da Nota Fiscal 026042214

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS VENCIMENTO
AGOSTO/2019 26-08-2019
CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
109 71,26

MARIA JOSE VIEIRA DA SA
PV PERMISSAO S/N B-RURAL

CPF: 00069148821349

CEP: 64.825-000 NAZARE DO PIAUÍ

Atual:

Anterior:

Constante de Multiplicação:

Consumo Medido:

Consumo Faturado:

Forma de Faturamento:

2443

2334

1,000

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

109

DATAS DA LEITURA

Atual:

Anterior:

Próxima Leitura:

Emissão:

Apresentação:

Dias de Consumo:

20/08/2019

19-07-2019

18-09-2019

15-08-2019

20-08-2019

Classe/Subclasse

NORMAL

Ligação

Número Medidor

Posto

Código Pat.

32

Média 12 meses

RURAL RURAL MONO

41918368

DESCRIÇÃO DA CONTA 4.1.2.1 - 96

Mês/ano consumo	Consumo	Valor
JUL/19	98	69,95
JUN/19	89	0,04
MAI/19	98	1,18
ABR/19	94	0,09
MAR/19	90	0,62
FEV/19	92	2,66
JAN/19	90	
DEZ/18	73	
NOV/18	114	
OUT/18	128	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 109 - 0,461832

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.

Parabéns! Até o dia 15-08-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	Valor
Energia:	14,71
Transmissão:	28,41
Encargos:	4,80
Tributos:	2,35
Total:	49,68

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Alíquota ICMS:	Valor do ICMS:	Valor do PIS:	Valor do COFINS:
69,95	54,56	22,00%	15,38

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Valor
Índice de Continuidade	1,40%
Índice de Qualidade	6,49%
Índice de Satisfação	3,54%

Limites

Limite	Valor
Limite de Consumo	6,87
Limite de Faturamento	13,74
Limite de Pagamento	27,48
Limite de Cobrança	3,93
Limite de Recuperação	7,85
Limite de Reajuste	15,70
Limite de Desconto	3,97

NAZARE DO PIAUÍ

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0856289-0

MÊS FATURADO

08/2019

Nº da Nota Fiscal: 026042214

06/2019

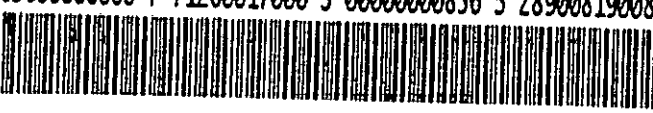
TOTAL A PAGAR - R\$

71,26

VENCIMENTO

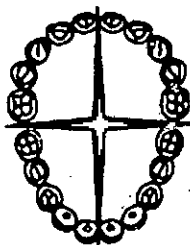
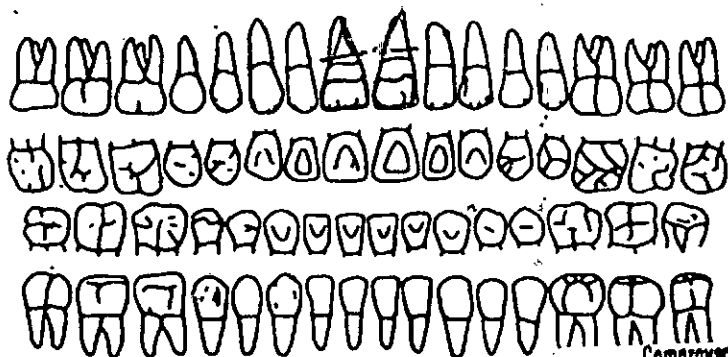
26-08-2019

83600000000 7 71260017000 5 00000000856 5 28900819008 3



SEQ.: 00134 UC: 0856289-0 DT. LEIT.: 20/08/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 2443 NORMAL TOTAL: 71,26 CARGA: 001

Nome: Francisco Vieira de Sá Nº _____
 Residência: _____ Tel. _____
 End. Com. Bairro Permissão Nazaré PI Tel. _____
 Profissão: _____ Nasc. 26/07/1989 Nac. _____ E. Civil solteiro
 Indicado por: _____ DLNE? _____
 Início Tratamento: / / Término: / / Interrupção _____



RADIOGRAFIAS

Comprovante de despesas médicas



DENTES _____
 Cor _____ Esc. _____
 Forma _____

Anotações: _____

QTD.	ORÇAMENTO	IMPORT	QTD.	ORÇAMENTO	IMPORT.
	Extração			Ponte Grampo(PPR)	
	Restauração			Dent. Superior	
	Obt. Resina			Dent. Inferior	
2	Trat. De Canal (11 e 21)	RS 500		Dent. Prov.	
1	Limpeza	RS 80	2	Coroas Diretas (11 e 21)	RS 400
	Rem. De Tártaro			Clareamento	
	Flúor			T. Expectante	
	Pivots			Placa de Bruxismo	
	Blocos			Aparelho Metálico	RS 350
2	Pino de fibra de vidro	RS 400		Manutenção	RS 80

SOMA TOTAL: RS 1810,00

Dra. Fernanda Ribeiro
 CIRURGIÁ-DENTISTA
 CROPI 3123



PHARMA SÃO FRANCISCO

JOÃO LUIZ DE OLIVEIRA - MEE

Praça da Bandeira, 264 - Centro
Nazaré do Piauí - Piauí

Nota Fiscal de Venda a Consumidor

SÉRIE "D-1"

1.ª Via - Cliente

2.ª Via - Fixa

Nº 0312

Insc. Est.: 19.452.503-1 - CNPJ(MF): 05.794.591/0001-30

Cliente: Francisco Vilela

End.: Bairro Permissão

Data: 17/07/18

Quant.	Discriminação das Mercadorias	PREÇOS RS	
		Unitário	TOTAL
03ca	Cefprozina 500mg	14,50	43,50
02ca	profam 100mg	52,85	105,70
02ca	Rizatriptina 5mg	14,50	29,00
03ca	clonazepam 1mg	20,90	62,70
05lb	Bolus pom	8,50	42,50
05lb	Neproxen	13,50	67,50
04lm	Beta tinto	90,90	83,60
03lm	Ceftriaxona 1g	23,50	70,50
TOTAL RS			505,00

Assinatura do Vendedor

16/07/2018

BVF:

② S. L. 10 de 10

③ Avaliação 001 8000 de 10000
④ Avaliação 001 8000 de 10000

Dr. José Afonso da Silva Filho
Cirurgião Dentista - Especialista em Ortodontia
CRM 12530

Paciente Avaliação 001 8000 de 10000
com aparelho fixo na região inferior, com
tratamento ortodontico em fase inicial.
H.D. Trauma facial
C.O. ① Avaliação BVF

② S. L. 10 de 10

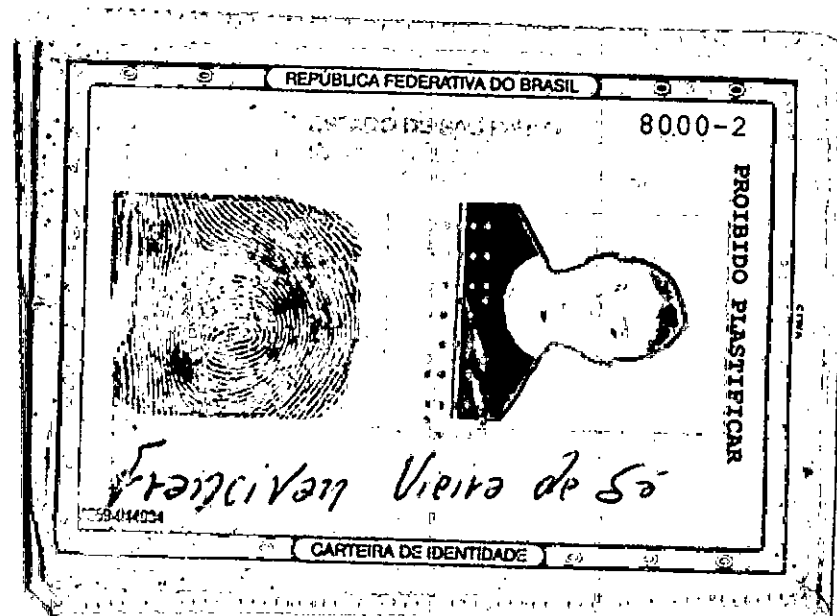
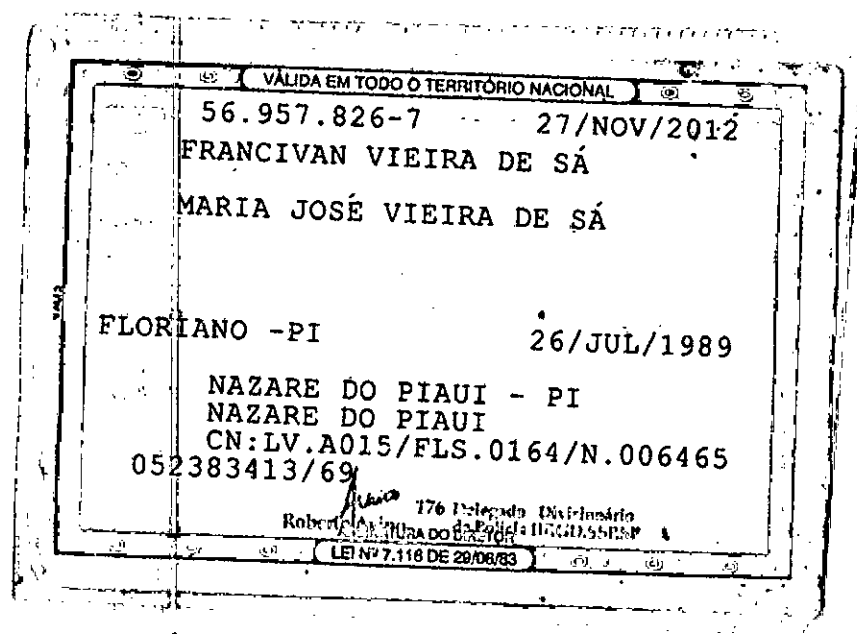
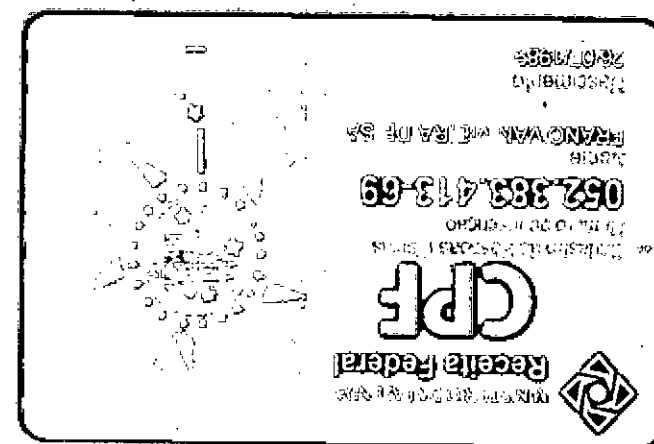
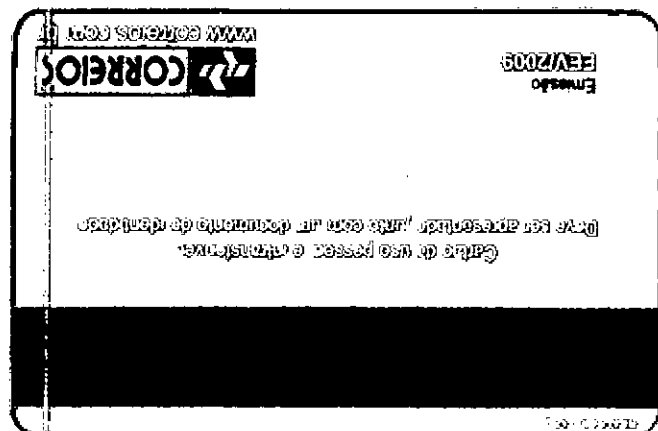
③ Avaliação BVF

④ Avaliação BVF

Dr. José Afonso da Silva Filho
Cirurgião Dentista - Especialista em Ortodontia
CRM 12530

Requisição de Parecer

Nome <i>Francisco Viana da Silva</i>		Leito
Médico Consultante <i>PJ</i>	N. Do Prontuário	
Médico Especialista <i>NER</i>		
Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo) <i>pt vítima de acidente motor estrutural. pt está sendo momentaneamente conservado, neg. vomitos.</i> <i>No momento pt consciente, orientado, BCG, ausente, c/ritmo, febre</i>		
<i>16 / 07 / 18</i> Data		Dr. Sérgio Silva MÉDICO CRM-PI 6134 Ass. do Médico Consultante
PARECER <i>TC de crânio sem alterações neurológicas e</i> <i>imagens. Sem hematomas ou hemorragias</i> <i>sem conduta neurológica</i> <i>sumário de caso</i> Dr. Leonardo Moura CRM-PI 1391		
Data		Ass. do Médico Consultante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170392025 Nº 013405446650
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 947641025 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
FRANCIVAN VIEIRA DE SA

CPF / CNPJ 05238341369 PLACA NIF-1480

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KC08108R099687

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2008

CAP / POT / CIL 002P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS 1º IPVA
2º
3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO 5/12/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICOES

LOCAL FLORIANO DATA 5/12/2018

ARAO MARTINS DO REGO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PINº 013405446650 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 5/12/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 05238341369 PLACA NIF-1480

RENAVAM 947641025 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2007 CAT. DEF. 09 Nº CHASSI 9C2KC08108R099687

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 81,28 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 29/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170126516 Nº 013029247480
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 947641025 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
FRANCIVAN VIEIRA DE SA

CPF / CNPJ 05238341369 PLACA NIF-1480

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KC08108R099687

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2008

CAP / POT / CIL 002P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I P V A
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO 141 PAGO 33110215110

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICÇÕES

LOCAL FLORIANO, DATA 4/11/2017

ARNO MARTINS DO REGO LÓBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013029247480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 4/11/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 05238341369 PLACA NIF-1480

RENAVAM 947641025 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2007 CAL. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KC08108R099687

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 81,28 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 01/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DEATH

Nº 012239816440
49190558814

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

—RNTAC

NOME/ENDERICO

QD-10

PLACA
NIF-1480

3. NOME ANTERIORE

9C2KC08108R099687

ESPECIE LIBRE

COMBUSTIBLE
GASOLINE

MARCA/MODELO

AND FEB-
2007

SARGENT

**COD PREDOMINANT
PRETA**

- OSGE: FVACOES

SEM RESTRICOES

• **LUGA**

15/02/70

DIRETOR GERAL DO DESTRAN - P

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205539/19

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

CPF: 052.383.413-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/07/2018

Titular do CPF: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



FRANCIVAN VIEIRA DE SA : 052.383.413-69

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/06/2019
Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SA
CPF: 052.383.413-69

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205539/19

Número do Sinistro: 3190384617

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

CPF: 052.383.413-69

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

FRANCIVAN VIEIRA DE SA : 052.383.413-69

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/09/2019
Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SA
CPF: 052.383.413-69

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384617

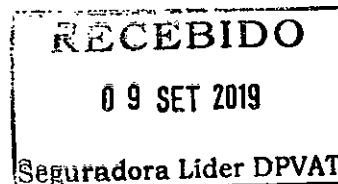
Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIVAN VIEIRA DE SA



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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01578/01580 - carta_03 - DAMS



Carta nº 14603064

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205539/19

Número do Sinistro: 3190384617

Vítima: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

CPF: 052.383.413-69

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCIVAN VIEIRA DE SA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

FRANCIVAN VIEIRA DE SA : 052.383.413-69

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 17/09/2019
Nome: FRANCIVAN VIEIRA DE SA
CPF: 052.383.413-69

FRANCIVAN VIEIRA DE SA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort