

KLEBER

OK

1

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389095/18

Vítima: CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA

CPF: 914.237.593-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 28/12/2017

Titular do CPF: CARLENE ROSA PEREIRA
DA SILVA

CPF de: Próprio

SINISTRO
NOVO: 3180502242

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KLEBER MENDES PESSOA : 497.092.833-91

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

CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA : 914.237.593-20

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: 24/10/2018
Nome: KLEBER MENDES PESSOA
CPF: 497.092.833-91

KLEBER MENDES PESSOA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Carlene Rose Pereira da Silva

RECEITUÁRIO

Paciente, 38 anos de idade, neste setor no dia 07.09.18 às 15:00 horas para solicitar a história de seu quadro clínico. Paciente sofreu acidente na fazenda rural na zona rural de Beneditinos - PI, com a queda por uma mancha e traumatizou sua mão direita, formando uma ferida corte-contusão, sem fraturas. Ao ser levado ao hospital foi realizado procedimento simples de sutura com administração de antibióticos e pomada para cura e orientado a acompanhamento especializado para avaliação.

07.09.18

Av. do Presidente Vargas, nº 284 - Centro
Beneditinos-PI - Fone: (86) 3209-1151
E-mail: saudebeneditinos@hotmail.com

Dr. João Vitor
Médico - CRM 12345

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Figueiredo, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA.
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA
BENEDITINOS - PI



CERTIDÃO

Eu, **Thiago Santana Lima**, mat. nº 279939-1
Agente de Polícia, designado a exercer as atividades de
escrivão ad hoc, no uso de suas atribuições legais e na
forma da Lei, Certifico que por me haver pedido e por ser
absoluta expressão da verdade, que NÃO HÁ UNIDADES DO
IML (INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL) no município de
Beneditinos-PI e nem adjacências (Prata Do Piauí, Alto
Longá, Altos, Pau D'arco). O referido é verdade e dou fé.
Era o que tinha a certificar.

Beneditinos-Pi, 07 de junho de 2018.



Thiago Santana Lima
Thiago Santana Lima
Agente de polícia Civil
Mat: 279939-1



ROSA MARIA BRAGA - ME
CNPJ: 22.069.738/0001-48
Fone: (86) 3269-1586

RUA 15 DE NOVEMBRO N° 103
CENTRO, BENEDITINOS-PI

**DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR**

COD/REF		DESCRICAO		QUANT.	UNID	VALOR UNIT.	DESC.	UNID.	VALOR
238		NEBACETIN POM C/50 GR							
	1	UN				31,06			31,06
5433		CEFALEXINA 500 MG BL AL PLAST							
	3	UN				26,43			79,29
Total de Itens:									110,35
Total Tributos:									0,00
Total a Pagar:									110,35

Pagamento

Consumidor Não Informado



Nota: 002
Serie: 1
Data: 06/09/2018
Hora: 08:36:43

Chave NFC =

2218 0522 6104
3800 0142 4500
1000 0009 0211
7101 5972

Produto: 2028000071001
Consulta pela Chave de Acesso =

Informações Adicionais

[1]venda: 91735[1][1]
vendedor: 002 - LUCIANO[1][1]
Trib aprox R\$ 14,85 Federal e R\$ 0,00
Estadual[1][1]
Fonte: IBPT ca7gi3[1]

PlusPDV, v:5.7.31 (www.pluspdv.com.br)
Impresso Em: 06/09/2018 08:36:43



OK

KLEBER

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em
Cobramentos do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

INVALIDEZ

ASL-0269632/18

Vítima: CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA

CPF: 914.237.593-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/12/2017

Titular do CPF: CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro: 3180339312

Sinistro

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

CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA : 914.237.593-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

KLEBER MENDES PESSOA : 497.092.833-91

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

116023548-69

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 cancela 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: 24/07/2018
Nome: KLEBER MENDES PESSOA
CPF/CNPJ: 497.092.833-91

KLEBER MENDES PESSOA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE BENEDITINOS-PI



CERTIDÃO

DADOS DO REGISTRO

Policial Plantonista: Thiago Santana Lima	Delegacia de Beneditinos
Ocorrência nº 62/2018 – Livro 01/2018	Data do Registro: 07/06/2018
Natureza: lesão corporal accidental	Hora do Registro: 14:34 h

NOTICIANTE

Nome: **CARLENE ROSA PEREIRA DA SILVA**
Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Estado Civil: **SOLTEIRA** - Natural: **BENEDITINOS -PI**
Profissão: **LAVRADORA** - CPF **914237593-20**
Nascido: **30/12/1979** - RG. **2118988 SSP-PI**
Filiação: **MARIA ARGENTINA DA SILVA**
Residente na RUA CRISTINO LOPES, 268, STA CRUZ, BENEDITINOS/PI

HISTORICO

O NOTICIANTE compareceu a esta Delegacia, disse que: no dia 28/12/2017 estava na Fazenda Retiro por volta de 09h da manhã, quando a caçamba do Toinho Variedades foi dar uma marcha ré com a porta do lado do passageiro aberta, e sem ver a noticiante ao lado do caminhão, esmagou a mão direita da mesma quando estava apoiada em uma coluna de cimento, onde bateu a porta do caminhão na referida manobra de ré. Que a noticiante foi socorrida pelo próprio motorista da caçamba LUANDERSON até o hospital desta cidade, onde fez uma sutura, que pegou 24 pontos. Que depois disso perdeu parte da funcionalidade de sua mão direita. Que o caminhão é um VW/24.280 CRM 6x2, ANO 2014/14, PLACA PIF-4068, COR BRANCA, CHASSI 953658247ER437843. Diante pede providência
Agente de Polícia que registrei e digitei.

Noticiante/vítima: Carlene Rosa Pereira da Silva

Thiago Santana Lima
Agente de Polícia Civil
Matrícula 279939-1

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: Carlene Rosa Pereira da Silva CPF da Vítima: 914.937.593-30 Data do Acidente: 28/12/12

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal: Flávia Mendes Permon CPF do Representante legal: 997.093.833-91
E-mail: avogadajmendes@hotmail.com Telefone (DDD):

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nite CEP: 68.002-470
Teressina-PA

Buenos Aires 04 de Julho de 18
Local e Data

Carlene Rosa Pereira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Flávia Mendes Permon
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012897922135

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

COD. RENAVAL

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

1

01024648030

2016

NOME

V L C VENDA E LOCAÇÃO DE VEÍCULO
S LTDA

CPF / CNPJ

PLACA

11111393000127

PIF-4068

PLACA ANT/UF

CHASSI

953658/47ER437843

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

CAT / COMINHAO / BASCULAN

DIESEL

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

VW/24.280 CRM 6X2

2014

2014

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

16,36T/275CV

ALUGUEL

BRANCA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I
P
V
A

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

1º IPVA

2º

PAGO

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

OBSERVAÇÕES

A/FIDELIDADE UNIBANCO S.A. OBRIGATORIO

3 EIXO CMT 035,00 PET 023,00

LOCAL

DATA

TERESINA

04/04/2017