

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Sistema, Audiências, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0800235-60, Baixar o arq, (32) Whats, +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=170868&ca=b370dbcc826bcf2a72ce14e7c5929d...](https://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=170868&ca=b370dbcc826bcf2a72ce14e7c5929d...)

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJe** ProceComCiv 0800235-60.2019.8.18.0140  
ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

Page Title: 12575074 - CONTESTAÇÃO (2758728 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 16/10/2020 14:16:50

Left Sidebar (16 Oct 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 12575073 - CONTESTAÇÃO
    - 12575074 - CONTESTAÇÃO (2758728 CONTESTACAO 01)
    - 12576076 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 12575076 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 12575077 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 12575078 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area (downloadBinario.seam):

2758728- C3/ 2020-03882/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
— ADVOCADOS ASSOCIADOS —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Footer: PT, 14:17, 16/10/2020



Número: **0800235-60.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12575075	16/10/2020 14:16	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2016

Carta nº: 9487236

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

Sinistro: 3160472691 ASL-0946315/16  
Vitima: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA  
Data Acidente: 24/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00863/00864 - carta\_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2016

Carta nº: 9653674

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

Sinistro: 3160472691 ASL-0946315/16  
Vítima: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA  
Data Acidente: 24/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00131/00132 - carta\_02



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2016

Carta nº: 9716991

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

Sinistro: 3160472691 ASL-0946315/16  
Vítima: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA  
Data Acidente: 24/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 12/09/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 24/04/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00765/00766 - carta\_03



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2016

Carta nº: 9930656

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

Sinistro: 3160472691 ASL-0946315/16  
Vítima: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA  
Data Acidente: 24/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/04/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00351/00352 - carta\_03



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160472691 - 1  
Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA  
Endereço do(a) Examinado(a): CONJUNTO RENASCENÇA II nº 0 - RENASCENÇA II - TERESINA/PI  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 3006010 - SSP  
Data local do exame: 12/09/2016 TERESINA/PI

## Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

### LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR E FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

### TRATAMENTO CIRURGICO DAS LESÕES;

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

### LIMITAÇÃO MODERADA DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO COM DEFICIT DA FORÇA DO MEMBRO; LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO;

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)


☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 12/09/2016

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM: 52.53331-5

  
Dr. Armando Sousa de Araújo  
Médico Perito  
CRM-RJ 52.5333-15  
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160472691 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA **Data do acidente:** 24/04/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR E FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO MODERADA DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO COM DEFICIT DA FORÇA DO MEMBRO; LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO DAS LESÕES.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/09/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

### PRESTADOR


CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**







Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE



DO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Antonio Carlos Pereira Sousa,  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3006010 EXPEDIDO POR SSP - PI EM    /    /    E  
 CPF 041608393-00 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO     
 E RENDA MENSAL DE R\$    (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMILIA, BIPSA, ESCOLA, PREVIDENCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMÉRCIO VENTILADO.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque com o nome bancário do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTES:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1634-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 61.720-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO    Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)    Nº da CONTA (com dígito, se existir)   

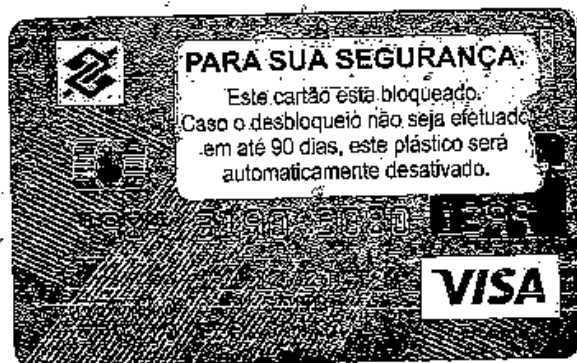
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Tererina - PI, 13 de Maio de 2016 Antonio Carlos Pereira Sousa  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## 1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

27 JUN. 2016

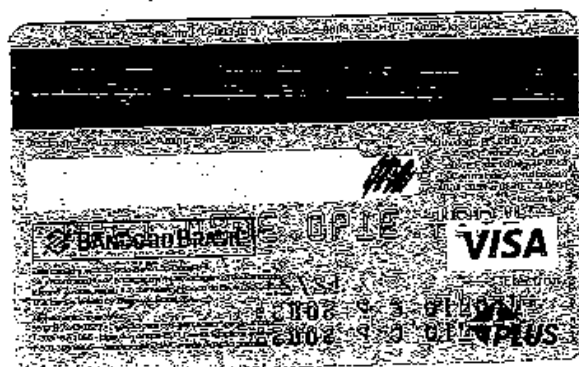
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

BANCO DO BRASIL S.A.  
03/05/2016 - AUTO-ATENDIMENTO - 12.05.47  
0939771-889

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA:

AGENCIA: 1537-3 - CONTA: 1234-5678-9  
CLIENTE: ANTONIO CARLOS PEREIRA SO  
EFETUADO POR: ANTONIO CARLOS PERE

DOCUM. VALOR



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Carlos Pereira Sousa

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.006.010 EXPEDIDO POR SSP / PI EM 04/03/13 E

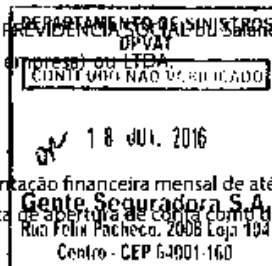
CPF 0401508393-10 / CNPJ 00000000-0000-00. PROFISSÃO autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou-se NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Carlos Pereira Sousa. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA ou Bônus ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1607 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 58852-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Terzina 18 de outubro de 16

LOCAL E DATA

Antonio Carlos Pereira Sousa  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG. BARAO DE GURGUEIA-PI  
DATA: 18/10/2016 HORA: 13:55:17  
TERMINAL: 16061026 CONTROLE: 160610260535

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1607.013.00058852-5  
NOME: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
18 OUT. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:  
NÚMERO DO ENVELOPE:  
NÚMERO DE CONTROLE:

0329320920  
284457062

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
18 OUT. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

A confirmação do depósito se dará pelo  
ançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
www.caixa.gov.br





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA S \_\_\_\_\_

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Carlos Pereira de Sousa  
PORTADOR(A) DO RG Nº 3006010 EXPEDIDO POR SSP / RJ EM 11/03/14 E  
CPF 041508393-10 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Recusante E  
RENDIA MENSAL DE R\$ Recusante NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Carlos Pereira de Sousa. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem, de forma alguma, ser apresentados**:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, **PROVATÁRIO** ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa).
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com depósito em nome do beneficiário/vítima);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1607 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 58852-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Terceira Fe. 11 de novembro de 16 Antonio Carlos Pereira de Sousa  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

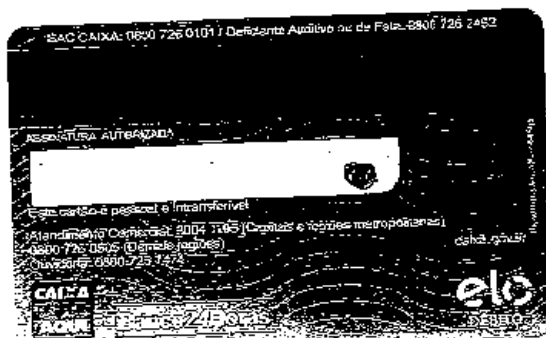
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
17 NOV. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-100

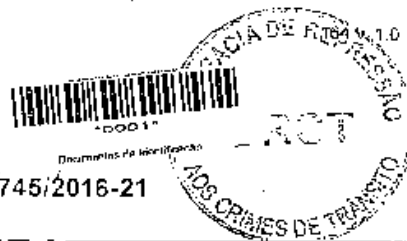


DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
17 NOV. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-100





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001745/2016-21

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/05/2016 - 09:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA RUI BARBOSA C/ RUA BENJAMIM CONSTANT, Nº.

Complemento

Bairro

CENTRO NORTE

Ponto de Referência

PRAÇA DA BANDEIRA

Data/Hora

24/04/2016 - 22:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

RG: 3006010 PI

Mãe: ESMERALDINA PEREIRA SOUSA

Pai: ANTONIO DOS SANTOS SOUSA

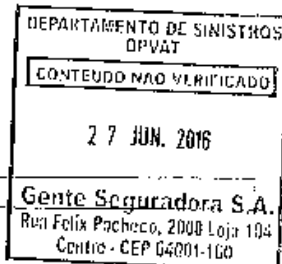
Endereço: QD 59 CASA 10A, Nº

Bairro: RENASCENÇA II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9488-3305

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA YAMAHA/XTZ 250X, PLACA NAY-0044-PI, COR LARANJA, RENAVAM 00134673891, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA BENJAMIM CONSTANT, SENTIDO OESTE, QUANDO COLIDIU EM UM ÔNIBUS DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NA RUA RUI BARBOSA. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 67651). DECLARAÇÕES DO NOTIFICANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio Carlos Pereira Sousa  
ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA Notificante  
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES

Delegada de Polícia





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Carlos Pereira Sousa  
portador da carteira de identidade nº 3006010 é inscrito no CPF/MF  
sob o nº 041.508.393-10 residente e domiciliado na 00-59  
Casa 10A, Residência II nº 10A

Cidade Teresina-Piauí Estado Piauí, 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:

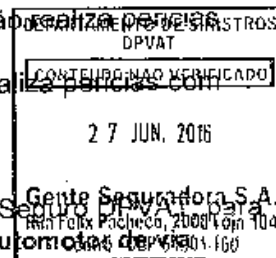
( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícia com

prazos 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 a 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 Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 9º 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Local: Teresina - Piauí Data 13, 05, 2016

Antonio Carlos Pereira Sousa  
ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/11/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000058852-5

---

---

Nr. da Autenticação 98BF02EC2348C97B



Estado do Piauí  
**Prefeitura Municipal de Teresina**  
 Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
 Serviço Móvel de Atendimento de Urgência

**SAMU 192**

**Dados do Chamado**  
 01 Nº. do chamado: 4323  
 02 Data do chamado: 24/04/16  
 03 PRO (código): 2900  
 04 Saída do PA: 22:45  
 05 Chegada ao local: 22:58

**Local da Ocorrência**  
 06 Saída do local: 23:05  
 07 Chegada ao 1º hospital: 23:15  
 08 Saída do 1º hospital:   
 09 Chegada ao 2º hospital:   
 10 Endereço: Rua Rui Barbosa E/B. Constante  
 11 Bairro: Po Norte  
 12 Município-UF: Teresina  
 13 Ponto de referência: praça da Beateira  
 14 Nome: Antonio Carlos Pereira Soares  
 15 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado

**Dados do Paciente**  
 16 Idade: 30 Anos  
 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado

**Tipo da Ocorrência**  
 18 Tipo de ocorrência:  
☒ Acidente de transporte  
☐ Agressão física-espionamento  
☐ Agressão física-FAF  
☐ Agressão física-FAB  
☐ Urgência psiquiátrica  
☐ Tentativa de suicídio  
☐ Envenenamento  
☐ Afogamento  
☐ Queimadura  
☐ Choque elétrico  
☐ Queda  
☐ Urgência clínica  
☐ Urgência obstétrica  
☐ Transferência  
☐ Exames complementares  
☐ Outros  
☐ Já removido  
☐ Falso chamado

**Acidente de Transporte**  
 19 Vítima: ☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado  
 20 Meio de locomoção: ☐ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado  
 21 Outra parte envolvida: ☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado  
 22 Equipamento de segurança: ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança

**Exame Físico**  
 23 Glasgow = ☐ ☐ ☐  
 24 Sinais Vitais: Pulso ☐ Resp. ☐ PA ☐ TAX ☐ SatO2 ☐  
 25 Local da lesão:

**RESPOSTA VERBAL**  
 26 Pupilas: ☐ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais  
 27 Pulso: ☐ Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio ☐ 2 - Fino ☐ 3 - Ausente  
 28 Sangramento: ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**RESPOSTA MOTORA**  
 29 Dor: ☒ ☐ ☐  
 30 Escala de Dor de 0 a 10: 0 - Sem Dor ☒ 1 - Leve ☐ 2 - Moderada ☐ 3 - Intensa ☐ 10

**Assistência**  
 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):  
☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia  
☐ Oxigênio ☐ Calor cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso  
☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b)

**Hospital de Destino**  
 32 Hospital de Destino: HUT  
 33 Condições de entrada: ☐ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorado ☐ 3 - Inalterado  
 34 Óbito: ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte

**Observações Interdisciplinares**  
 p/ atendida vítima de colisão de moto e ônibus p/ suspenção de fratura no braço esquerdo + escoriações p/ ser encaminhada

**Assinaturas**  
 Responsável pela Recepção:   
 Socorristas Médico: AE/TE:   
 Enfermeiro: Condutor:



Estado do Piauí  
**Prefeitura Municipal de Teresina**  
 Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
 Serviço Móvel de Atendimento de Urgência

**SAMU 192**

**Dados do Chamado**  
 01 Nº. do chamado: 4323  
 02 Data do chamado: 24/04/16  
 03 PRO (código): 2900  
 04 Saída do PA: 22:45  
 05 Chegada ao local: 22:58

**Local da Ocorrência**  
 06 Saída do local: 23:05  
 07 Chegada ao 1º hospital: 23:15  
 08 Saída do 1º hospital:   
 09 Chegada ao 2º hospital:   
 10 Endereço: Rua Rui Barbosa E/B. Constante  
 11 Bairro: Po Norte  
 12 Município: Teresina  
 13 Ponto de referência: praça da Beateira  
 14 Nome: Antonio Carlos Pereira Soares  
 15 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado

**Dados do Paciente**  
 16 Idade: 30 Anos  
 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não ☐ 3 - Ignorado

**Tipo da Ocorrência**  
 18 Tipo de ocorrência:  
☒ 01 - Acidente de transporte  
☐ 02 - Agressão física-espionamento  
☐ 03 - Agressão física-FAF  
☐ 04 - Agressão física-FAB  
☐ 05 - Urgência psiquiátrica  
☐ 06 - Tentativa de suicídio  
☐ 07 - Envenenamento  
☐ 08 - Afogamento  
☐ 09 - Queimadura  
☐ 10 - Choque elétrico  
☐ 11 - Queda  
☐ 12 - Urgência clínica  
☐ 13 - Urgência obstétrica  
☐ 14 - Transferência  
☐ 15 - Exames complementares  
☐ 16 - Outros  
☐ 17 - Já removido  
☐ 18 - Falso chamado

**Acidente de Transporte**  
 19 Vítima: ☐ 1 - Pedestre ☐ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 4 - Ignorado  
 20 Meio de locomoção: ☐ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 7 - Ignorado  
 21 Outra parte envolvida: ☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 8 - Ignorado  
 22 Equipamento de segurança: ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança

**Exame Físico**  
 23 Glasgow = ☐ ☐ ☐  
 24 Abertura ocular: ☐ 1 - Nenhuma ☐ 2 - À dor ☐ 3 - À voz ☐ 4 - Espontânea  
 25 Resposta verbal: ☐ 1 - Nenhuma ☐ 2 - Palavras Incompreensíveis ☐ 3 - Palavras Inapropriadas ☐ 4 - Confusa ☐ 5 - Orientada  
 26 Resposta motora: ☐ 1 - Nenhum ☐ 2 - Extensão anormal ☐ 3 - Flexão anormal ☐ 4 - Movimento de retirada ☐ 5 - Localiza dor ☐ 6 - Obedece a comandos  
 27 Sinais vitais: ☐ Pulso ☐ Resp. ☐ PA ☐ TAX ☐ SatO2  
 28 Local da lesão:

**Assistência**  
 29 Escala de dor de 0 a 10: 0 (Nenhuma dor) - 1 (Leve) - 2 (Moderada) - 3 (Intensa) - 4 (Muito intensa) - 5 (Insuportável) - 6 (Muito intensa) - 7 (Insuportável) - 8 (Muito intensa) - 9 (Insuportável) - 10 (Insuportável)  
 30 Fratura: ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito  
 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):  
☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia  
☐ Oxigênio ☐ Calor cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso venoso  
☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b)

**Hospital de Destino**  
 32 Hospital de Destino: HUT  
 33 Condições de entrada: ☐ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorado ☐ 3 - Inalterado  
 34 Óbito: ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não  
☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte

**Observações Interdisciplinares**  
 p/ atendida vítima de colisão de moto e ônibus p/ suspenção de fratura no braço esquerdo + escoriações  
 p/ ser encaminhada

**Assinaturas**  
 Responsável pela recepção:   
 Socorristas Médico:   
 Enfermeiro:   
 Condutor: Soares





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

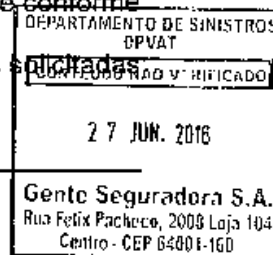
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Francisco Alame Fernandes do Nascimento, portador(a) do RG nº 2.731.866, expedido por SS PI, em 28/07/05, CPF/CNPJ nº 040.853.583-08, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Antônio Carlos Pereira Sousa do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Antônio Carlos Pereira Sousa conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas.

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Documentos comprobatórios: RG e CPF



Francisco Alame Fernandes do Nascimento  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Comprovante de residência

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
ANTENAS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

DOC. IDENTIFIC. (RG) INTEREST. 3006010 SSP/PI

CPF: 041.508.393-10 DATA NASCIMENTO: 10/12/1985

PRONOME: ANTONIO DOS SANTOS SOUSA  
SURNOMES: RENEALDINA PEREIRA SOUSA

PERMISSÃO: ☒ RESIDÊNCIA ☐ OUTRA ☐ CAT. HAB: A

RECEBIM. 00016791204 VALOR: 20/03/2016 V. INSCRIÇÃO: 11/03/2016

ASSINATURA: Antonio Carlos Pereira Sousa

LOCAL: TERESINA DATA DE EMISSÃO: 14/04/2015

ARQUIVAMENTO: 76764926100 PL315513349

1087075844

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PI** Nº 011619017843  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

0500 VIA 1 COD. RENAVAM 000265047 EXERCÍCIO 2016  
0011 1 00134673891  
429b NOME  
3446 ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA  
9578 \*\*\*\*\*  
1346 \*\*\*\*\*  
4416

CPF/CNPJ 04150839310 PLACA NAY-0044  
PLACA ANT./UF NAY-0044 CHASSI 9C6KG026090007744 REM

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA  
MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 250X ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009  
CAP/POT/CIL 02P/0249CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE LARANJA  
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS  
IPVA 1º  
FAIXA IPVA. PARCELAMENTO/COTAS 2º  
00000000 3º PAGO  
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 045,49 IOF (R\$) 005,05 PRÊMIO TOTAL (R\$) 050,54 DATA DE PAGAMENTO 10/11/2015  
SEGURO PAGO  
OBSERVAÇÕES  
PBT: 031.00  
SEM RESTRICOES  
LOCAL TERESINA DATA 05/05/2016  
ABAO MARTINS DO ARCO LOBATO  
SECRETARIO DE TRANSPORTES E TRÁFEGO - PI

**PI Nº 011619017843 - BILHETE DE SEGURO DPVAT**

04150839310 NAY-0044 2016  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 05/05/2016  
VIA 1 CPF/CNPJ 04150839310 PLACA NAY-0044  
RENAVAM 00134673891 MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 250X  
ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009 CHASSI 9C6KG026090007744 REM

**PRÊMIO TARIFÁRIO**  
FNS (R\$) 045,49 DENATRAM (R\$) 005,05 CUSTO DO SEGURO (R\$) 050,54  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15 IOF (R\$) 000,39 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 105,65  
PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/11/2015

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.508/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT**  
**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**  
27 JUN. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loin 104  
Centro - CEP 64001-160