

Screenshot of a web browser showing a legal document viewer interface.

The title bar shows multiple tabs including "Email - Alan", "Controle de...", "Sistema", "Audiências", "Acesso 1º G", "Consulta pr...", "0800235-60", "Baixar o arc...", "(32) WhatsApp", and others.

The address bar shows the URL: [tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=170868&ca=b370dbc826bcf2a72ce14e7c5929d...](http://tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=170868&ca=b370dbc826bcf2a72ce14e7c5929d...)

The main content area displays a document titled "12575074 - CONTESTAÇÃO (2758728 CONTESTACAO 01)" dated "16 Oct 2020".

The left sidebar lists several documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 12575073 - CONTESTAÇÃO
  - 12575074 - CONTESTAÇÃO (2758728 CONTESTACAO 01)
  - 12575075 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 12575076 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 12575077 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 12575078 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The right panel shows a preview of the document "downloadBinario.seam" page 1 of 9, titled "2758728- C3/ 2020-03882/ INVALIDEZ". It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The bottom status bar shows system icons and the date/time: "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
<b>ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA (AUTOR)</b>	<b>GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12575 075	16/10/2020 14:16	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></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 inicio 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



---

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2016

Carta n°: 9716991

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

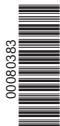
Sinistro: 3160472691 ASL-0946315/16  
Vitima: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA  
Data Acidente: 24/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

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



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2016

Carta nº: 9930656

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

Sinistro: 3160472691 ASL-0946315/16  
Vitima: 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



## Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 n° 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 complicações.

#### 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 DEFÍCIT 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(\*):

Vítima 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: 52.53331-5  
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 14:16:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010161416494880000011895403>  
Número do documento: 2010161416494880000011895403

Num. 12575075 - Pág. 5

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### PARECER

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

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO 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
<b>Total</b>		<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>	

### 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

DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Data de Envio Circular 445/2012

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, juntamente 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.

EN. Antônio Carlos Pereira Souza  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.006.010 EXPEDIDO POR ESPI - PI EM / /  E  
 CPF 041.608.303-30 / CNPJ 000000000000-00. PROFISSÃO   
 E RENDA MENSAL DE R\$  (\*) NA QUAL IDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O me amo 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, DPVAT/SCEN, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR;
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, CPF, COMERCIAL
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta 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 Gente Seguradora S.A.
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque conto Edital Resolução 2010/000000000000000000 Centro - CEP 64000-160
- 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.rsceltafazenda.gov.br](http://www.rsceltafazenda.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.

**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.

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 POLPANÇA 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) 1637-3 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) \_\_\_\_\_

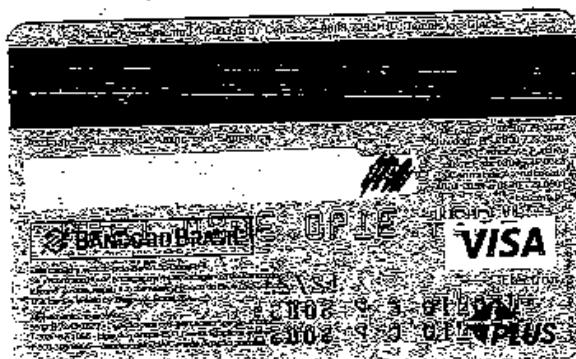
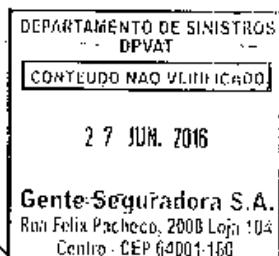
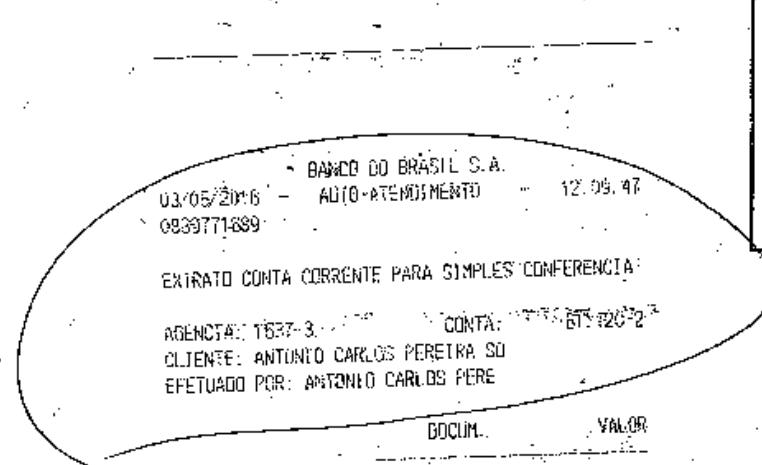
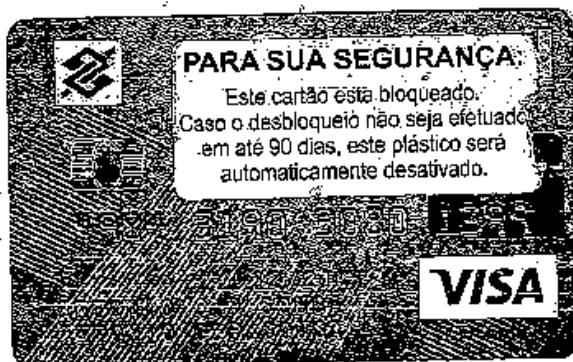
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DEACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina - PI 13 de Maior de 2016 Antônio Carlos Pereira Souza  
 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 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.







## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE

Autorização de pagamento

RO DPVAT

TDC14-

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, Antônio Carlos Pereira Souza

PORTADOR(A) DO RG N° 3.006.010 EXPEDIDO POR SSP / PI EM 04/03/13 E  
CPF 04015089973-00 / CNPJ 000000000000-00. PROFISSÃO autônomo  
E RENDA MENSAL DE R\$ Ricardo (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Carlos Pereira Souza. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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 POUPIANÇA (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina/PI, 10 de outubro de 16

LOCALE 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://dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

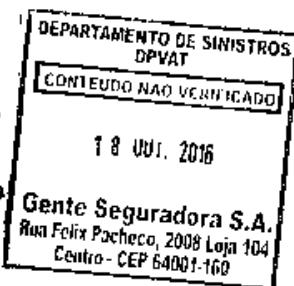




AUTO-ATENDIMENTO - AG. BARAO DE GURGUEIA-PI  
DATA: 10/10/2016 HORA: 13:55:17  
TERMINAL: 16061026 CONTROLE: 160610260535

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1607.013.00058852-5  
NOME: ANTONIO DARIOS PEREIRA SOUSA  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
VALOR TOTAL EM DINHEIRO:  
18 OUT. 2016 NÚMERO DO ENVELOPE: 0329320920  
INÚMERO DE CONTROLE: 284457062



Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160  
A confirmação do depósito se dará pelo  
encaminhamento 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: 0800-726 7474  
[www.caixa.gov.br](http://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 Antônio Carlos Pereira de Souza,  
PORTADOR(A) DO RG Nº 3006010 EXPEDIDO POR SSP / PI EM 11/10/14,  
CPF 0 7 5 0 8 3 9 3 - 1 0 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO pescador, de  
E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso - 42 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Carlos Pereira de Souza. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

\*) A Circular Susep nº 444/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar 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:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

SINISTRO NÃO VERIFICADO

17 NOV. 2018

Gente Seguradora S.A.

Unidade Contábil Centro - Rio de Janeiro - RJ - Centro

Centro - CEP 64001-160

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL/Habilíario ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, caso haja comprovatório 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 déodos 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1607 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 58852-5

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

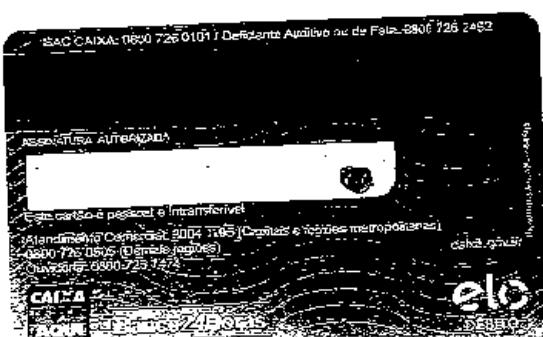
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina (F. 11) de novembro de 16 Antônio Carlos Pereira Souza  
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 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.



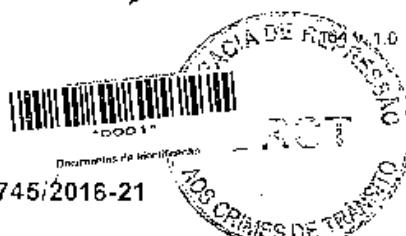


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 14:16:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010161416494880000011895403>  
Número do documento: 2010161416494880000011895403

Num. 12575075 - Pág. 12



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.001745/2016-21

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO      Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/06/2016 - 09:18

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

24/04/2016 - 22:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

TERESINA

CENTRO NORTE

Endereço

RUA RUI BARBOSA C/ RUA BENJAMIM CONSTANT, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PRAÇA DA BANDEIRA

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3006010 PI

Mae: ESMERALDINA PEREIRA SOUSA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

Pai: ANTONIO DOS SANTOS SOUSA

CONTEUDO NAO VERIFICADO

Endereco: QD 59 CASA 10A, Nº

27 JUN. 2016

Bairro: RENASCENCA II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9488-3805

Gente Seguradora S.A.  
Rui Félix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 04001-100

### 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 NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166

AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES

Delegado de Polícia





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Carlos Pereira Souza

portador da carteira de identidade nº 3006010 é inscrito no CPF/MF sob o nº 041.508.393-10 residente e domiciliado na QD - 59 casa 10A, Residencia 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  
 O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no município em que resido 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 fins de prova do Seguro DPVAT, 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 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 Souza  
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

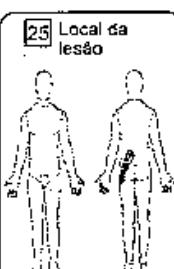
---

Nr. da Autenticação 98BF02EC2348C97B



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 14:16:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010161416494880000011895403>  
Número do documento: 2010161416494880000011895403

Num. 12575075 - Pág. 15

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado <b>4323</b>	02 Data do chamado <b>24/04/16</b>	03 PRO (código) <b>2900</b>	04 Saída do PA <b>2245</b>	05 Chegada ao local <b>2258</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>2205</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>2315</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Rua Rui Boeso s/nº C/ B - Coerctante</b>	11 Bairro <b>P. Norte</b>	12 Município-UF <b>Teresina</b>	Código IBGE		
	13 Ponto de referência <b>prac do Bebedeira</b>					
Dados do Paciente	14 Nome <b>Antônio Carlos Resende Soares</b>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado				
Informações da Ocorrência	16 Idade <b>30</b>	V-Bis <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Ano <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
Informações da Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <b>Acidente de transporte</b>	01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 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	27 JUN 2016
Acidente de Transporte	19 Vítima <b>Condutor</b>	20 Meio de locomoção <b>Automóvel</b>	21 Outra parte envolvida <b>Automóvel</b>	22 Segurança <b>Assento para criança</b>	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Exame Físico	23 Glasgow = <b>10</b>	RESPOSTA VÉRBAL 5-Orientada 4-Espontânea 3-A voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Esticador 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais P脉 Respir. PA TAX SaO2	25 Local da lesão 	
	26 Pupilas <b>1-Iguais</b>	27 Pálpebras <b>Central</b>	28 Sangramento <b>1-Sim</b>	29 Dor 	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve      3 - Moderada      7 - Intensa      10	
Assistência	30 Fratura <b>1-Sim</b>	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos	32 Óbito <b>1-Sim</b>	33 Condições de entrada <b>1-Melhorado</b>	34 Óbito <b>1-Sim</b>	
Hospital de Destino	35 Hospital de Destino <b>HUT</b>	36 Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a)	37 Antes do socorro <b>1-Sim</b>	38 Antes do transporte <b>1-Sim</b>	39 Durante o transporte <b>1-Sim</b>	
Observações Interdisciplinar	<p><i>p/ atendizado vítima de colisão de ônibus e ônibus p/ suspeita de fratura no braço esquerdo + escoriações.</i></p> <p><i>p/ ferir acidente</i></p>					
	40 Socorristas Médico AETE	41 Enfermeiro Condutor				
	42 Responsável pela acepção <b>Dr. Ednan Soares</b>	43 Versão: 27.11.2011				



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado <b>4323</b>	02 Data do chamado <b>24/04/16</b>	03 PRO (código) <b>2900</b>	04 Saída do PA <b>2245</b>	05 Chegada ao local <b>2258</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>2205</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>2315</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Rua Rui Boeso s/nº C/ B - Coerctante</b>	11 Bairro <b>P. Norte</b>	12 Município-UF <b>Teresina</b>	Código IBGE		
	13 Ponto de referência <b>prac do Bebedeira</b>					
Dados do Paciente	14 Nome <b>Antônio Carlos Resende Soares</b>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado				
Informações da Ocorrência	16 Idade <b>30</b>	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <b>1 - Sim</b>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		
Informações da Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <b>Acidente de transporte</b>	19 Vítima <b>1 - Pedestre</b>	20 Meio de locomoção <b>1 - A pé</b>	21 Outra parte envolvida <b>1 - Automóvel</b>	22 Segurança <b>Capacetes</b>	23 Local da lesão <b>Coxa direita</b>
Acidente de Transporte	01 - Agressão física-espancamento 02 - Agressão física-FAF 03 - Agressão física-FAB 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	24 Sinais Vitais <b>P脉</b> Resp. PA TAX. Sal02	24 Sinais Vitais <b>Local da lesão</b>
Exame Físico	23 Glasgow = <b>5</b>	RESPOSTA VÉRBAL <b>5-Orientada</b> 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <b>6-Obedece a comandos</b> 5-Típicode dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	25		
Assistência	26 Pupilas <b>1 - Igualas</b>	27 Pulso Radial <b>1 - Cheio</b>	28 Sangramento <b>1 - Sim</b>	29 Dor <b>X</b>	30 Fratura <b>1 - Sim</b>	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <b>Aspiração</b>
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>	33 Condições de entrada <b>1 - Melhorado</b>	34 Óbito <b>1 - Sim</b>	35 Antes do socorro <b>Antes do transporte</b>	36 Durante o transporte	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b)
Observações Interdisciplinar	<p>p/ atendizado vítima de colisão de ônibus e ônibus p/ suspeita de fratura no braço esquerdo + escoriações</p> <p>p/ ferir o membro</p>					
	Socorristas Médico AETE		Enfermeiro			
	Responsável pela acepção		Condutor			

Versão: 27.11.2011



Brasil no Comércio

**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 Alane Fernandes, portador(a) do Do nascimento  
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 suplicadas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
SUPLETIVO DA VITIMADO
27 JUN. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Documentos comprobatórios: RG e CPF

Francisco Alane Fernandes do nascimento  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



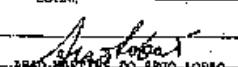


#### Comer vario de resultados

VALIDADE 01/03/2016	
0 TERRITÓRIO NACIONAL	
1087075844	
	
ANTÔNIO CARLOS PEREIRA SOUSA	
DOC. FERMIANO/CFO ENDEUS/UF 30060108 SSBPE PI	
CPF 041.508.393-10 067414261361956 NASCIMENTO 10/12/1985	
FRAÇÃO ANTÔNIO DOS SANTOS SOUZA XIMENA LIMA ZERRILHA SOUZA	
SERVIÇO TÉCNICO DE INVESTIGAÇÕES	
VALOR DE EMISSÃO 080167912014	VALOR DE EXPIRAÇÃO 20/03/2016
LÍNEA TELEFÔNICA 11/03/2016	
CEGONHEIRA	
<p><i>Antônio Carlos Pereira Souza</i></p> <p>TEREZINA DO NORTE</p>	
LOTA TEREZINA	
DATA DE CRIAÇÃO 24/04/2015	
76364926100 PL315513349	
<p><i>Assinatura do Recôncavo</i></p> <p>RECÔNCAVO DA BAHIA DIRETOR 01 AVEL SOUZA ASSISTENTE DO DIRETOR</p>	
1087075844	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERO DAS CIDADES	
DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
0500 0011 429b 3446 9578 -1560 acia 9be3 3257 e805 4416	VIA COD. SÉRIE/Nº 1 00134673891	PERÍODO EXERCÍCIO 2016	NOME ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA
CPF/CNPJ 04150839310		PLACA NAY-0044	CHASSI 9C6KG026090007744 REM
PLACA ANTES/U.F. NAY-0044	ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHNUMA	COMBUSTÍVEL GASOLINA	MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 250X
CAP/POT/CIL 02P/0249CC	CATEGORIA PARTIC	ANO FAB. 2009	ANO MOD. 2009
DATA ÚNICA IPVA	VEN. COTA ÚNICA PARCELAMENTO/COTAS 000000100	VEN/COTAS IPVA	CON PREDOMINANTE LARANJA
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURADO	PRÉMIO TOTAL (R\$) PAGO	DATA DE PAGAMENTO 05/05/2016	OBSERVAÇÕES PBT: 031.00 SEM RESTRIÇOES
LOCAI, TERESINA	DATA 05/05/2016	 Ednan Soares Coutinho Delegado de Polícia Delegacia Federal de Aracaju - SE	

00077

SEGURO DE RICO MOBO PARA OS FORTES DA VIDA CORREDORES DE VIDA TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DE RICO MOBO			
PI N° 011619017843 - BILHETE DE SEGURO DPVAT			
04150839310 NAY-0044 2016			
ESTE È O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.dpvatseguradotransito.com.br">www.dpvatseguradotransito.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO -2016	DATA EMISSÃO 05/05/2016		
VIA 1 RENAVM 00134673891	CPF / CNPJ 04150839310	PLACA NAY-0044	MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ 250X
ANO FAB. 2009	CAT. TARIF. 0045,49	Nº C/IASI 005,05	VALOR CUSTO DO SEGURO (R\$) 050,54
CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15	IOP (R\$) 000,39	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 105,65	PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELA DATA DE QUITAÇÃO 10/11/2015

SET-2014

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.240.608/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NAO VERIFICADO
27 JUN. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104 Centro - CEP 04001-160

