

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe ProceComCiv) with multiple tabs open. The main content is a document viewer for a contestation case (12861956).

**Open Tabs:**

- Email - Alana L...
- Controle de do...
- Mensagens
- Audiências
- Consulta proce...
- 0809048-42.20...
- Baixar o arqui...
- (32) WhatsApp

**Toolbar:**

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

**Page Header:**

PJe ProceComCiv 0809048-42.2020.8.18.0140

FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS ...

**Document Content:**

12861956 - CONTESTAÇÃO (2761075 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/11/2020 10:34:33

03 Nov 2020

downloadBinario.seam 1 / 12

2761075- C3/ 2020-03973/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

**System Status:**

PT 10:34 03/11/2020



Número: **0809048-42.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **04/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA (AUTOR)</b>	<b>JEFFERSON LIMA DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12861 963	03/11/2020 10:34	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
766.667.783-91		Francisco José Irineu de Sousa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF: 766.667.783-91		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Padeiro	QD 118 LT 10 CS B	118	0000
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Pomorã	Teresina	PI	64.027.080
E-mail:			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0029 (informar o dígito se existir)	CONTA: 299049-0 (informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)	

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no atestado apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de incapacidade permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância para a realização da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT**  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
26 FEVEREIRO DE 2019  
GENTE SEGURO INSS  
Av. das Nações, 1000 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64002470

**INVALIDEZ PERMANENTE**

**MORTE**

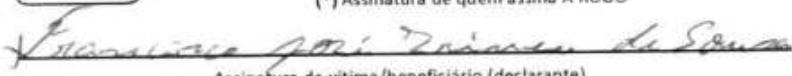
## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data: Teresina - Piauí - 26/02/19	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º   Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura	

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS	
1º   Nome: _____	
CPF: _____	
Assinatura	
2º   Nome: _____	
CPF: _____	
Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

na/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

É OBRIGATÓRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:34:33  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031034328760000012166211

Número do documento: 2011031034328760000012166211

Num. 12861963 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:34:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110310343287600000012166211>  
Número do documento: 20110310343287600000012166211

Num. 12861963 - Pág. 2



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000781/2019-19

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 25/02/2019 - 15:40

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

18/09/2018 - 06:05

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Bairro**

BELA VISTA

**Município**

TERESINA

**Endereço**

BR 316, Nº:

**Complemento**

**Ponto de Referência**

TERMINAL DE ONIBUS

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome:** FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA (41 ANOS)

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

RG: 1596921 SSP PI

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS IRINEU DE SOUSA

Endereço: QD 118 LOTE 10 CASA B, Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

**Natureza(s) da Ocorrência**

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN ES, COR PRETA, PLACA LVV-4558-PI, DE PROPRIEDADE DE JOÃO HENRIQUE DE OLIVEIRA LIMA, QUANDO PAROU EM SEMÁFORO AO LADO DE OUTRA MOTO, E AO ABRIR O SINAL ESTA MOTO FECHOU A VÍTIMA PROVOCANDO A QUEDA DA MESMA, SENDO ESTA SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 488727). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

*Francileude Lima*  
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629

AGENTE DE POLÍCIA

*Francisco José Irineu de Sousa*  
FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA (41 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Policia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 FEB. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	766.667.783-91	Francisco José Irineu de Sousa		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>				
Nome completo:		CPF: 766.667.783-91		
Profissão:	Endereço:		Número:	Complemento:
Padeiro	QD 118 LT 10 CS 13		118	casa
Bairro:	Cidade:		Estado:	CEP:
Pombos	Teresina		PI	64.027.280
E-mail:		Tel.(DDD):		

DADOS CADASTRAIS

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

## RENDA MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 299049-0

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

 DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
   
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou   |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou      |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e a validade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a realização da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 26 FEVEREIRO DE 2019  
 GENTE SEU GUTO  
 Rua Getúlio Vargas, 1000  
 Centro - Norte CEP: 64.002-470  
 Belo Horizonte - MG

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data:	Teresina - Piauí - 26/10/19
Nome:	Francisco José Irineu de Sousa
CPF:	766.667.783-91

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

\*beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

RIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.


 Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:34:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031034328760000012166211>

Número do documento: 2011031034328760000012166211

# 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: 13/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000299049-0

---

Nr. da Autenticação C1BFD221932729F3



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:34:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110310343287600000012166211>  
Número do documento: 20110310343287600000012166211

Num. 12861963 - Pág. 5



CTCE FORTALEZA CE PL7

PC-16

FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA  
QD RAIMUNDO PORTELA CS B  
QD 118 LT 10 - PROMORAR  
64027-280 TERESINA - PI



### Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.049,84
Pagamento efetuado em 09/11/2018	- 1.049,84
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	902,49
<b>Total desta fatura</b>	<b>902,49</b>

**Atenção:** em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

72110942302266000000009230 031218

Postagem: 03/12/2018  
Vencimento: 13/12/2018  
Emissão: 30/11/2018

Fechamento próxima fatura: 08/01/2019

Titular **FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**  
Cartão **6062.XXXX.XXXX.9392**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

**13/12/2018**

A) pagamento total

**902,49**

B) pagamento mínimo

**139,80**

C) parcelas fixas

**84,08**  
+23x 84,08

Veja outras opções na 2ª folha

### Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	33.000,00
Limite utilizado no mês	902,49
Retirada de recursos País(saque)	520,00
Retirada de recursos Exterior(saque)	1.820,00

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Caso você não pague a fatura integralmente, haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura. Somente as compras lançadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.

Compra presencial  
com o uso do cartão e senha.

### Lançamentos: compras e saques

FRANCISCO J. SOUSA (final 9392)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
07/07	ENGENCOP 05/05	47,66
	TERESINA	
24/07	TOC TOC 05/05	36,34
	TERESINA	
05/08	CLICKSOPHIA 04/04	40,95
	São Paulo	
28/08	TAM SITE 04/07	112,89
	SAO PAULO	
29/09	CARVALHO 02/02	32,75
	TERESINA	
04/10	COML CARV 02/02	74,55
	TERESINA	
17/10	COML CARV 02/02	42,99
	TERESINA	
01/11	COML CARV 01/02	75,03

Continua...

Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75355 87650.212043 00173.090002 9 000

Número do Documento

00135876502/0004023

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA - 766.667.783-91

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLA S.A. - 03.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário

AV RUI BARBOSA, 251, 1ºA, GRACAS - RECIFE - PE

recurso do pagador

Número Número 175/35876502-1  
Valor do documento R\$ 902,49  
Vencimento 13/12/2018  
Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.

341-7

34191.75355 87650.212043 00173.090002 9 000

Local de Pagamento	Data de Vencimento			
Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.	13/12/2018			
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ	Agência / Código Beneficiário			
HIPERCARD BANCO MÚLTIPLA S.A. - 03.012.230/0001-69				2040/01730-9
AV RUI BARBOSA, 251, 1ºA, GRACAS - RECIFE - PE				
Data do Documento	Número do Documento	Especie DOC.	Aente	Data do Processamento
13/12/2018	00135876502/0004023	FT	N	30/11/2018
Unidade do Banco	Carteira	Espece	Quantidade	Valor
	175	RS		

Indevedor de responsabilidade do beneficiário.

Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em "Pagamento Mínimo", financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de "Parcelas Fixas", pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA - 766.667.783-91  
QD RAIMUNDO PORTELA CS B - QD 118 LT 10 - PROMORAR - 64027-280 TERESINA - PI

Sacador Avalista:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
(+) Aviso / Multa  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

(+) Valor Pago

2.6. FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Autenticação Mecânica Número de ED: 00135876502-1





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 Jelle Roze Soares Mangueira inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco José Firmino de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 766.667.783-91, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco José Firmino de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 766.667.783-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recluso-me Renda: Recluso-me e apresento os documentos comprobatórios:  
Recluso-me

Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	500	Complemento	vara
Bairro	Centro norte	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	

Local e Data

Assinatura do Declarante



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

001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Henrique de Oliveira Lima

RG nº 1.336.837, data de expedição 10/07/18.

Órgão SSP, portador do CPF nº 55368549334 com

domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Alma, número 1 RES SATUR 001, nº 02.

complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Francisco José Souza, o condutor era

Francisco José Souza de Souza.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 150 Titan

Ano: 2005 2006

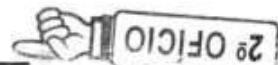
Placa: LVV 4558 811613

Chassi: 9C2KC08506

Data do Acidente: 18.09.2018

Local e Data: TERESINA - PI 20 FEVEREIRO 2019

Assinatura do Declarante



Francisco José Souza de Souza

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





**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.**

Número do Sinistro: **3190174445**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Quadra Raimundo Portela, 118, QD 118 LT 10 CS B - Promorar - Teresina - PI - CEP 64027-280**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **1596921**

Data e local do acidente: [ **18/09/2018** ] **BR 316 - BAIRRO BELA VISTA - TERESINA PI**

Data e local do exame: [ **09/05/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA COM AVULSAO DO CONDILO LATERAL DA TÍBIA ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM JANEIRO DE 2019.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**SEQUELA FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO.**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

"Sem sequela permanente" (Não

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO ESQUERDO**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

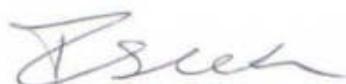
Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



RECEBEMOS DE TERESINA HOSPITALAR LTDA. OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL, INDICADO AO LADO DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		NF-e Nº 000003661 SÉRIE 001
--	--	-----------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR <b>TERESINA HOSPITALAR LTDA.</b> AV FREI SERAFIM 2170 LOJA 04, - - CENTRO - CEP:64001-020 - TERESINA - PI TEL: (86)3222-6011 - FAX: <b>Teresina Hospitalar</b>		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <b>Nº 000003661</b> FL. 1 / 1 SÉRIE 001																																	
				CHAVE DE ACESSO 2218 1005 0524 1600 0177 5500 1000 0036 6110 0036 6170 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora																															
NATUREZA DE OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322180017992414 09/10/2018 08:37:11																															
INSCRIÇÃO ESTADUAL 194496392		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ 05.052.416/0001-77																															
<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b> NOME / RAZÃO SOCIAL: <b>FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA</b> ENDERECO: <b>QUADRA 118 LOTE 10 CASA B, -</b> MUNICÍPIO: <b>TERESINA</b>																																			
			CNPJ / CPF 766.667.783-91		DATA DA EMISSÃO 09/10/2018																														
			BAIRRO / DISTRITO PROMORAR		CEP 64000-000																														
			UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA																													
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b> <table border="1"> <tr> <td>BASE DE CALCULO DO ICMS</td> <td>VALOR DO ICMS</td> <td>BASE CALC. ICMS SUBST.</td> <td>VALOR DO ICMS SUBST.</td> <td>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>200,00</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>VALOR DO FRETE</td> <td>VALOR DO SEGURO</td> <td>DESCONTO</td> <td>OUTRAS DESP. ACCESS.</td> <td>VALOR DO IP</td> <td>VALOR TOTAL DA NOTA.</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>200,00</td> </tr> </table>						BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00	VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACCESS.	VALOR DO IP	VALOR TOTAL DA NOTA.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00								
BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS																															
0,00	0,00	0,00	0,00	200,00																															
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACCESS.	VALOR DO IP	VALOR TOTAL DA NOTA.																														
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00																														
<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b> <table border="1"> <tr> <td>RAZÃO SOCIAL: <b>PROPRIO CLIENTE - 0001</b></td> <td>FRETE POR CONTA <b>0 - EMITENTE</b></td> <td>CÓDIGO ANTE</td> <td>PLACA DO VÉHICULO</td> <td>UF</td> <td>CNPJ / CPF</td> </tr> <tr> <td>ENDERECO: <b>RUA OU AV.</b></td> <td colspan="2">MUNICÍPIO</td> <td>UF</td> <td colspan="2">INSCRIÇÃO ESTADUAL</td> </tr> <tr> <td>QUANTIDADE</td> <td>ESPECIE</td> <td>MARCA</td> <td>NÚMEROAÇÃO</td> <td>PESO BRUTO</td> <td>PESO LÍQUIDO</td> </tr> </table>						RAZÃO SOCIAL: <b>PROPRIO CLIENTE - 0001</b>	FRETE POR CONTA <b>0 - EMITENTE</b>	CÓDIGO ANTE	PLACA DO VÉHICULO	UF	CNPJ / CPF	ENDERECO: <b>RUA OU AV.</b>	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMEROAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO												
RAZÃO SOCIAL: <b>PROPRIO CLIENTE - 0001</b>	FRETE POR CONTA <b>0 - EMITENTE</b>	CÓDIGO ANTE	PLACA DO VÉHICULO	UF	CNPJ / CPF																														
ENDERECO: <b>RUA OU AV.</b>	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL																															
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMEROAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO																														
<b>DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS</b> <table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO DO PROD / SERV</td> <td>DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO</td> <td>NCM / SH</td> <td>CST</td> <td>CFOP</td> <td>UND</td> <td>QUANT.</td> <td>VALOR UNITÁRIO</td> <td>VALOR TOTAL</td> <td>VALOR DESCONTO</td> <td>BASE CALC. ICMS</td> <td>VALOR ICMS.</td> <td>VALOR IPI</td> <td>ALIQUOTAS ICMS / IPI</td> </tr> <tr> <td>03737</td> <td>MULETA AXILAR ALUM C/REG CLIC G DB-302 (DILEPE) - - Ref.</td> <td>90211010</td> <td>040</td> <td>5102</td> <td>UND</td> <td>2,000</td> <td>100,00</td> <td>200,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00 0,00 0,00</td> </tr> </table>						CÓDIGO DO PROD / SERV	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS.	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS / IPI	03737	MULETA AXILAR ALUM C/REG CLIC G DB-302 (DILEPE) - - Ref.	90211010	040	5102	UND	2,000	100,00	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00		
CÓDIGO DO PROD / SERV	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS.	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS / IPI																						
03737	MULETA AXILAR ALUM C/REG CLIC G DB-302 (DILEPE) - - Ref.	90211010	040	5102	UND	2,000	100,00	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00																						

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 FEVEREIRO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Valor Apros Tributos: R\$ 17,20 (8,60%) Fonte: IBPT/18.1.A/A5GTR1 Sistemas: AUTOCOM - Versão: 8.21a - Destinatário: C08222 Transação: 15 / NFV / NFE VENDA A VISTA - Chave: 00065636 Pedido: NFV.0000003661 - Secção: 00037542 - Usuário: JOSANE (1) C.Custos: 0001 / DEPARTAMENTO DE VENDAS - Consultor: 0001 / TERESINA		Centro - Norte CEP: 64.002470



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:34:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/iew.seam?x=2011031034328760000012166211>  
 Número do documento: 2011031034328760000012166211

Num. 12861963 - Pág. 12

JULIANOS DE JESUS HOSPITALAR LTDA. OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		.NF-e Nº 000003661 SÉRIE 001
ALISTAMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

TERESA HOSPITALAR LTDA.		DANFE			
TERESA HOSPITALAR LTDA.		DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA			
AV FREI SERAFIM 2170 LOJA 04, - - CENTRO - CEP:64001-020 - TERESINA - PI TEL: (86)3222-6011 - FAX:		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000003661 FL. 1 / 1 SÉRIE 001			
Teresina Hospital		1			
NATUREZA DE OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		CHAVE DE ACESSO 2218 1005 0524 1600 0177 5500 1000 0036 6110 0036 6170			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 114 256 392		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora			
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB 05 052.416/0001-77		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322180017992414 09/10/2018 08:37:11			
DESTINATÁRIO / REMETENTE - RNE, RAGÃO SOCIAL FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA		CNPJ / CPF 766.667.783-91		DATA SAÍDA 09/10/2018	
ENDERECO CALLE ALDIA 118 LOTE 10 CASA B, - 06095		BARRA / DISTRITO PROMORAR		CEP 64000-000	
TERESINA		FONE / FAX (69)8836-1730		HORA DA SAÍDA	
VALOR DO IMPOSTO 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 200,00	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 200,00	
VALOR DO FRETE 0,00		DESCONTO 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 200,00	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS FAZENDA SOCIAL PROPRIO CLIENTE - 0001		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE		CÓDIGO ANTT PLACA DO VÉHICULO UF CNPJ / CPF	
ENDERECO RUA OU AV.		MUNICÍPIO		UF INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE		ESPECIE		NUMERAÇÃO	
PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO			
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS					
CÓDIGO DO PRODUTO / SERVIÇO 08737		DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO MULETA AXILAR ALUM CIREG CLIC G DB-305 (DILEPE) - Ref		NOM / SR 90211010	
		CST 040			
		CPFC 5102			
		UNID UND			
		QUANT 2,000			
		VALOR UNITÁRIO 100,00			
		VALOR TOTAL 200,00			
		VALOR DESCONTO 0,00			
		BASE CALC ICMS 0,00			
		VALOR ICMS 0,00			
		VALOR IPI 0,00			
		VALOR ALÍquota 0,00			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

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

#### DADOS ADICIONAIS

#### PERMÍTICORES COMPLEMENTARES

Valor Aprox Tributos: R\$ 17,20 (8,60%) Fornecedor: IBPT/18.1.A/A5G7R3  
Item: AUTOMAT - Versao: 8.21a - Destinatario: C08222  
Unidades: 10 - NFV / NFE VENDA A VISTA - Chave: 00065636  
Valor: R\$70.000003661 - Secao: 00037542 - Usuario: JOSANE (1)  
... - 0001 / DEPARTAMENTO DE VENDAS - Consultor: 0001 / TERESA IN

RESERVADO AO FISCO

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:34:33

Assinado eletronicamente por EDNAN SOARES COSTA FILHO - 0311723210-10.34.33

Número do documento: 20110310343287600000012166211

Núm. 12861963 - Pág. 13



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Francisco José Irineu De Souza  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Casado  
Identidade: 15 96 921  
CPF: 766.667.783-91  
Profissão: Padre  
Endereço: QD - 118 LT-10 CS-B Bairro - Promenor  
CEP: 64027-280  
Telefone: (11) (86) 9.94012688

### OUTORGADO:

Nome: Nelly Rose Silveira Marques  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 4.119.262  
CPF: 840.173.173-91  
Profissão: Recurso  
Endereço: Rua 24 De Janeiro nº 544  
CEP: 64.000-235  
Telefone: (11) 26 FEV. 2019  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo **meu bastante** procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes **especiais para** representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima: Francisco José Irineu De Souza

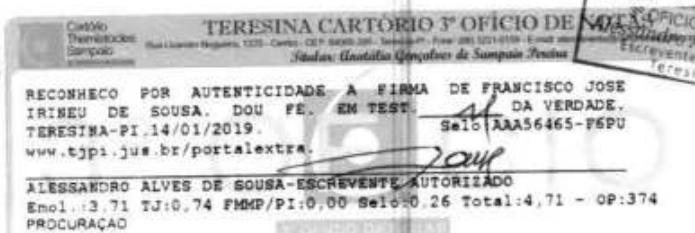
Local e data

Francisco José Irineu De Souza

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:34:33  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031034328760000012166211  
Número do documento: 2011031034328760000012166211

Num. 12861963 - Pág. 14

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190174445**      **Vítima: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**

**Data do Acidente: 18/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14004595

Pag. 00245/00246 - carta\_01 - INVALIDEZ



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190174445**      **Vítima: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**

**Data do Acidente: 18/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **00000299049-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:34:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031034328760000012166211>  
Número do documento: 2011031034328760000012166211

Num. 12861963 - Pág. 16



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190174445**      **Vítima: FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**

**Data do Acidente: 18/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01289/01270 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060635

Carta nº 14262782



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:34:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031034328760000012166211>  
Número do documento: 2011031034328760000012166211

Num. 12861963 - Pág. 17

---

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3190174445**  
FRANCISCO JOSE IRINEU DE SOUSA  
Data do Acidente: **18/09/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190174445**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

00080264  
  
Carta nº 14293987

