

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

### Informações do Acidente

Sinistro: 2012570506

Nome da Vítima: Francisco Jose do Nascimento Sousa.

Local: Na PI de Novo Oriente - PI a Valença-PI, no município de Valença-PI.

Data do Acidente: 26/12/2010.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

### Resultado da Avaliação do Médico Examinador

i. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(x) Sim    ( ) Não    ( ) Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

Se prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito i)

ii. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: trauma no cotovelo direito e fratura do Pé direito.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporariamente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas fornecidas na fase aguda do trauma.

Resposta: O paciente, vítima de queda de moto, sofreu trauma no cotovelo direito e fratura do 5º metacarpo direito. Foi socorrido no Hospital regional Eustáquio Portela, em Valença, onde foi medicado, imobilizado e liberado em seguida. Cerca de trinta dias depois retornou imobilização e foi liberado para desambulação. Atendimento o paciente refere dor, edema, falta de força e movimento no pé direito. Ao exame o paciente se encontra consciente orientado, membro superior direito trófico, sem cicatrizes cirúrgicas, com boa mobilidade, estabilidade e força motora preservada. Pé direito com calosidade palpável na região distal lateral, com rigidez articular e falta de mobilidade ativa e passiva do 5º. metacarpo.

iii. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (x) Não    ( ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (x) Não    ( ) Sim

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) (x) Dano anatómico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatómico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: Calosidade palpável na região dorsal lateral do pé, falta de movimento ativo e passivo no 5º. pododáctilo direito.

Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor não preencher os demais campos abaixo assinalados.

V Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente (s) que não seja(m) mais susceptível (is) a tratamento que sejam geradoras(s) de dano(s) anatómico (s) e/ou funcional (is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento (s) corporal (is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

() Total (Dano anatómico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x) Parcial (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto".

() Parcial Completo (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(x) Parcial Incompleto (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.134/74, modificado pelo art. 3º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial

1ª Lesão Membro superior direito normal.

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

2ª Lesão

Marque o percentual: () 10% residual (x) 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador  
Nome do Médico: Geraldo Gonçalves Nunes  
Registro no CRM: 24726  
Local do Exame: Picos - PI  
Data do Exame: 02/12/2012

Picos - PI 02/12/2012

*Geraldo Gonçalves Nunes*

Assinatura do Médico Examinador - CRM

Dr. Geraldo Gonçalves Nunes  
CRM 24726/PI  
São João del-Rei, 19/12/12

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

## Informações do Acidente

Sinistro: 2012570506

Nome da Vítima: Francisco Jose do Nascimento Sousa.

Local: Na PI de Novo Oriente - PI a Valença-PI, no município de Valença-PI.

Data do Acidente: 26/12/2010.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

## Resultado da Avaliação do Médico Examinador

i. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(x) Sim    ( ) Não    ( ) Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

Se prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito i)

ii. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: trauma no cotovelo direito e fratura do Pé direito.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporariamente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas fornecidas na fase aguda do trauma.

Resposta: O paciente, vítima de queda de moto, sofreu trauma no cotovelo direito e fratura do 5º metacarpo direito. Foi socorrido no Hospital regional Eustáquio Portela, em Valença, onde foi medicado, imobilizado e liberado em seguida. Cerca de trinta dias depois retornou imobilização e foi liberado para desambulação. Atendimento o paciente refere dor, edema, falta de força e movimento no pé direito. Ao exame o paciente se encontra consciente orientado, membro superior direito trófico, sem cicatrizes cirúrgicas, com boa mobilidade, estabilidade e força motora preservada. Pé direito com calosidade palpável na região distal lateral, com rigidez articular e falta de mobilidade ativa e passiva do 5º. metacarpo.

iii. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (x) Não    ( ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (x) Não    ( ) Sim



Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) ( ) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) (x) Dano anatómico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatómico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: Calosidade palpável na região dorsal lateral do pé, falta de movimento ativo e passivo no 5º. pododáctilo direito.

Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor não preencher os demais campos abaixo assinalados.

V Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente (s) que não seja(m) mais susceptível (is) a tratamento que sejam geradoras(s) de dano(s) anatómico (s) e/ou funcional (is) definitivos(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento (s) corporal (is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

( ) Total (Dano anatómico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x) Parcial (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto".

( ) Parcial Completo (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(x) Parcial Incompleto (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.134/74, modificado pelo art. 3º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial

1ª Lesão: Membro superior direito normal.

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual (x) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador  
Nome do Médico: Geraldo Gonçalves Nunes  
Registro no CRM: 2425  
Local do Exame: Picos - PI  
Data do Exame: 02/12/2012

Picos - PI 02/12/2012

*Geraldo Nunes*

Assinatura do Médico Examinador - CRM

Dr. Geraldo Gonçalves Nunes  
CRM 2425 - PI  
São João del-Rei, 19/12/12

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012570506

**Cidade:** Valença do Piauí

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** FRANCISCO JOSE DO  
NASCIMENTO SOUSA

**Data do acidente:** 28/12/2010

**Emissor do parecer:** GALDINO  
LEONARDO

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas  
de Saude Ltda.

**CRM do médico:** 2466

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO COTOVELO DIREITO + FRATURA DO PÉ DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** CONSCIENTE E ORIENTADO, MSD TRÓFICO, SEM CICATRIZES CIRÚRGICAS COM BOA MOBILIDADE, ESTABILIDADE E FORÇA MOTORA PRESERVADA. PÉ DIREITO CALOSIDADE PALPÁVEL NA REGIÃO DORSAL LATERAL DO PÉ DIREITO, RIGIDEZ ARTICULAR E FALTA DE MOVIMENTO ATIVO E PASSIVO NO 5º PODODÁCTILO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PÉ DIREITO

**Sequelae permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PÉ DIREITO

**Sequelae :**

**Data da perícia:** 04/12/2012

**Conduta mantida:** Não

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** GERALDO GONÇALVES NUNES

**UF do CRM do médico:** PI

### DANOS

#### Dano

Perda funcional completa de um dos pés

%	Dimensão	Graduação
50	1	25

**Valor avaliado:** 1.687,50

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/12/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05813-0

CONTA: 000000642217-9

Nr. Autenticação

BRABCO1012201205000000000023705813000000642217168750 PAGO



**Secretaria Estadual de Saúde****Hospital Regional Eustáquio Portela**

Av. Santos Dumont, s/n - Centro - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000

CNPJ: 06.553.564/0011-00

Tele/Fax: (89) 3465-1369 / 3465-1015


## DECLARAÇÃO NÃO INTERNADO

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a) **FRANCISCO JOSÉ NASCIMENTO DE SOUSA**, deu entrada no pronto socorro do Hospital Regional Eustáquio Portela de Valença do Piauí, no dia 28/12/2010 vítima de acidente de motocicleta, politraumatizado, com traumatismo craniano; traumatismo de cotovelo direito com luxação local; traumatismo abdominal; traumatismo de pé direito com fratura de 5º metatarso 1/3 distal e escoriações múltiplas pelo corpo não sendo necessário internação do mesmo.

Conforme laudo em anexo.

Valença do Piauí, 02 de Fevereiro de 2011.

SEGURO  
09 NOV 2010  
DPVAT

  
Waldemar Martins de Oliveira  
Clínico Geral - Medicina Interna  
SPF: 06.553.564/0011-00

**SUS****SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**

Hospital Regional Eustáquio Portela

**PRONTO SOCORRO**

Nome:	Francisco Fazi Norberto de Sousa	Idade:	100
Endereço:	R. Brasil de 1000 (Volante 11)		
Dados Clínicos:	Politraumático / Trauma na cabeça / Trauma no abdômen com luxação lateral traunática abd, Traumatismo		
Diagnóstico:	mo de pi direito com fratura de 5 <sup>a</sup> metacarpo 3 distal, arrancadas múltiplas pelo corpo. Acidente automobilístico		
28.12.10.	Dr. Helton Antônio Martins da Silva Clínico Geral II Neonatologia CPF: 457.860.33-72		
DATA	MÉDICO		

**SEGURO**  
09 NOV 2010  
**DPVAT**

A  
SEGURADORA LÍDER

DECLARAÇÃO PARA O DPVAT

Eu, FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA  
RG.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Venho através desta informar a esta Seguradora que diante dos documentos que estão sendo solicitados, o abaixo:

Não houve atendimento pelo SAMU, Corpo de Bombeiros, Policia Militar, Policia Civil ou anjos do Asfalto.

O socorro foi feito por populares que passavam pelo local na hora do acidente e me levaram até o hospital.

Peço que esta Seguradora não me impeça de ter o direito no recebimento do seguro DPVAT, pois é um direito de todo acidentado, conforme vem sendo veiculado pela mídia, DETRAN e Policias Federal e Estadual nas estradas e cartazes.

Se existe dúvida com relação a minha condição de acidentado que apresenta hoje seqüelas por causa desse acidente, estarei a disposição dessa Seguradora, para ser periciado, cabendo a vocês a investigação e prova.

Minha declaração é a expressão da verdade e me responsabilizo criminalmente sob as penas da lei (Artigo 299 do Código Penal).

VALENÇA DO PIRAI 28/DEZEMBRO/2010  
LOCAL E DATA

Francisco José do Nascimento  
ASSINATURA

SEGURO  
10.9 NOV 2010  
DPVAT

1- Francinildo Ferreira de Santos  
TEST. NOME E CPF 024.902.233-39

2- Lyraus Barros de Almeida  
TEST. NOME E CPF

## DECLARAÇÃO PARA O DPVAT

Venho através desta declaração a esta seguradora que diante dos documentos que estão sendo solicitados, o abaixo:

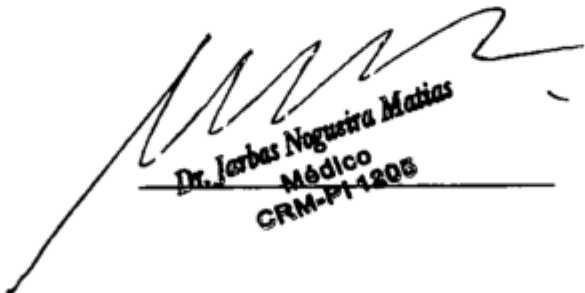
Não houve atendimento pelo SAMU, Corpo de Bombeiros, Policias Militar, Policia Civil ou Anjos do Asfalto.

Peço que esta seguradora não impeça de ter o direito no recebimento do segurado DPVAT, pois é um direito de todo acidentado, conforme vem sendo veiculado pela mídia, DETRAN, Policia Federal e Estadual nas estradas e cartazes.

Se existe dúvida com relação a vítima e com o acidente que apresenta hoje seqüela por causa desse acidente, a vítima esta disposição dessa seguradora, para ser periciado, cabendo a você a investigação e prova.

Minha declaração é a expressão da verdade e me responsabilizo criminalmente sob as penas da Lei (artigo 299 do Código Penal).

Valença do Piauí, 21 de Abril de 2010.

  
Dr. Jerbas Nogueira Matias  
Médico  
CRM-PI 1206

SEGURO  
09 NOV 2010  
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




x. Francisco José do Nascimento Sousa  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.583.216 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/03/11

NOME FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO SOUSA

FILIAÇÃO ALBANIZA FRANCISCA DE SOUSA  
ANTONIO JOSÉ DO NASCIMENTO DATA DE NASCIMENTO 21/06/1993

PIMENTEIRAS-PI  
DOC. ORIGEM MATRÍCULA: CERT. NASC. 07838601551996100018265000925010  
EXP PIMENTEIRAS-PI 01/02/11  
TERESINA - PI ASSINATURA DO DIRETOR ORIGINAL

061.974.023-00

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

CPF

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



\*7004037\*

SEGURO  
09 NOV 2011  
DPVAT



**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 061.974.023-00

Nome da Pessoa Física: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **16:42:49** do dia **08/11/2012** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **73F9.1549.75A9.9CB4**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

**SEGURO**  
**09 NOV 2012**  
**DPVAT**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




x. Francisco José do Nascimento Sousa  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.583.216 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/03/11

NOME FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO SOUSA

FILIAÇÃO ALBANIZA FRANCISCA DE SOUSA  
ANTONIO JOSÉ DO NASCIMENTO DATA DE NASCIMENTO 21/06/1993

PIMENTEIRAS-PI  
DOC. ORIGEM MATRÍCULA: CERT. NASC. 07838601551996100018265000925010  
EXP PIMENTEIRAS-PI 01/02/11  
TERESINA - PI ASSINATURA DO DIRETOR ORIGINAL

061.974.023-00

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

CPF

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*7004037\*



SEGURO  
09 NOV 2011  
DPVAT



**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 061.974.023-00

Nome da Pessoa Física: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **16:42:49** do dia **08/11/2012** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **73F9.1549.75A9.9CB4**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

**SEGURO**  
**09 NOV 2012**  
**DPVAT**

[illegible]

PI Nº 15739013387		BILHETE DE SEGURO PRIVAT	
NOME/ENDEREÇO		NOME/ENDEREÇO	
M ANDRÉ L BEZERRA O A SILVA NETO		M ANDRÉ L BEZERRA O A SILVA NETO	
R S INACIO SOARES		R S INACIO SOARES	
S TA EF		S TA EF	
COP/CAG		COP/CAG	
697.92.1993.49		697.92.1993.49	
BILHETE DE SEGURO PRIVAT VIA CONVENIO		BILHETE DE SEGURO PRIVAT VIA CONVENIO	
PI Nº 5739019887		PI Nº 5739019887	
NOME/ENDEREÇO		NOME/ENDEREÇO	
M ANDRÉ L BEZERRA O A SILVA NETO		M ANDRÉ L BEZERRA O A SILVA NETO	
R S INACIO SOARES		R S INACIO SOARES	
S TA EF		S TA EF	
COP/CAG		COP/CAG	
697.92.1993.49		697.92.1993.49	
COD RENAVAM		COD RENAVAM	
69.52.9A.65.6		69.52.9A.65.6	
MARCA/MODELO		MARCA/MODELO	
HONDA CG 125 T LEAN		HONDA CG 125 T LEAN	
CINELAB		CINELAB	
9		9	
PREMIO LÍQUIDO (R\$)		PREMIO LÍQUIDO (R\$)	
602.162.50.44 R\$ 18.907		602.162.50.44 R\$ 18.907	
O D F (R\$)		O D F (R\$)	
074		074	
SEGUR O PAÇO		SEGUR O PAÇO	

**OUT**

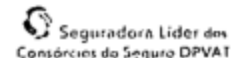


1004032





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## SINISTRO

Número do Sinistro: 2012570506

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA Data do Acidente: 28/12/2010  
 CPF: 061.974.023-00 CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA  
 Seguradora: BVA Seguros S/A

## DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue	
Certidão de casamento	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	Entregue	
Certidão de nascimento	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	Entregue	
Documentos de identificação	Entregue	
DUT	Entregue	
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado	
Outros	Entregue	

OUTROS

\*1004054\*



## DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA</b>		
Alvará judicial	Dispensado	
Autorização de pagamento	Entregue	
Comprovante de residência	Entregue	

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

## Portador da documentação entregue

Data: 09/11/2012  
 Nome: CORREIOS  
 CPF:

CORREIOS

## Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 09/11/2012 11:44  
 Nome: Henrique Bezerra Nogueira Torres Lima  
 CPF: 054.942.327-35

Henrique Bezerra Nogueira Torres Lima

Nº do Sinistro  
Nº do Protocolo

Seguro Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos  
**INVALIDEZ PERMANENTE**

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT  
www.seguradoralider.com.br

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Data do Acidente 1 / 1 Vítima FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUZA  
CPF \_\_\_\_\_ Seguradora \_\_\_\_\_

**QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome \_\_\_\_\_ ☐ Vítima ☐ Representante Legal ☐ Terceiro (especificar vínculo)  
Endereço para Correspondência \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Telefone para contato \_\_\_\_\_

Preencha com ☒ para documentação entregue  
Preencha com ☐ para documentação faltante

**TIPO DE DOCUMENTO**

**DOCUMENTOS BÁSICOS**

- ☐ Registro de Ocorrência expedido pela autoridade policial  
☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima  
☐ CPF da vítima  
☐ Comprovante de residência da vítima  
☐ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

**DOCUMENTOS DA VÍTIMA**

- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial  
☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima  
☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública informando a existência do IML na localidade do evento  
☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma  
☐ Termo de Curatela no caso de incapacidade mental  
☐ Alvará Judicial (se for o caso)

**REPRESENTANTE LEGAL - se houver**

- ☐ Procuração  
☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador  
☐ CPF  
☐ Comprovante de residência

SEGURO  
19 NOV 2018  
DPVAT

**ATENÇÃO**

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa para acompanhamento do processo de análise do pedido de indenização. Para saber mais, visite o site [www.dpvtseguro.com.br](http://www.dpvtseguro.com.br) ou Ligue 0800-0221204 de segunda a sábado, de 8h às 20h.  
A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 100.000,00, de acordo com a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei nº 193 / 45.

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

Data 1 / 1

Nome Francisco Jose do Nascimento Souza

Identidade \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**

☐ Documentação recebida sem conferência

Data 1 / 1

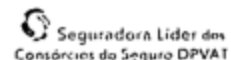
Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

C.T.P.S., CPF DA VÍTIMA  
AUT. PAG 10



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## SINISTRO

Número do Sinistro: 2012570506

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA Data do Acidente: 28/12/2010  
 CPF: 061.974.023-00 CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA  
 Seguradora: BVA Seguros S/A

## DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue	
Certidão de casamento	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	Entregue	
Certidão de nascimento	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	Entregue	
Documentos de identificação	Entregue	
DUT	Entregue	
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado	
Outros	Entregue	

OUTROS

\*1004054\*



## DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA</b>		
Alvará judicial	Dispensado	
Autorização de pagamento	Entregue	
Comprovante de residência	Entregue	

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

## Portador da documentação entregue

Data: 09/11/2012  
 Nome: CORREIOS  
 CPF:

CORREIOS

## Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 09/11/2012 11:44  
 Nome: Henrique Bezerra Nogueira Torres Lima  
 CPF: 054.942.327-35

Henrique Bezerra Nogueira Torres Lima

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos  
**INVALIDEZ PERMANENTE**Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT  
www.seguradoralider.com.br

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente

Vítima

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUZA

CPF

Seguradora

## QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome

☐ Vítima ☐ Representante Legal ☐ Terceiro  
(especificar vínculo)

Endereço para Correspondência

nº

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone para contato

Preencha com ☒ para documentação entregue  
Preencha com ☐ para documentação faltante

## TIPO DE DOCUMENTO

## DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ Registro de Ocorrência expedido pela autoridade policial
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☐ CPF da vítima
- ☐ Comprovante de residência da vítima
- ☐ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

## DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública informando a existência do IML na localidade do evento
- ☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma
- ☐ Termo de Curatela no caso de incapacidade mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

## REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF
- ☐ Comprovante de residência

SEGURO  
19 NOV 2018  
DPVAT

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização. Acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou Ligue 0800-0221204 de segunda a sábado, de 8h às 20h.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 100.000,00, de acordo com a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei nº 193/45.

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome Francisco Jose do Nascimento Souza

Identidade

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☐ Documentação recebida sem conferência

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome

Identidade

C.T.P.S., CPF DA VÍTIMA.

AUT. PAG 10

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**  
**- SEGURO DPVAT -**

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT  
www.seguradoralider.com.br

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, FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA  
PORTADOR / A DO RG Nº 3583.216 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 15/03/01 E  
CPF 061974023-00 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO  
ESTUDANTE E RENDA MENSAL DE R\$ 000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR  
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO JOSE DO  
NASCIMENTO SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT  
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

Nº BANCO 232 Nº AGÊNCIA 05813-0 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE 0642217-9

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

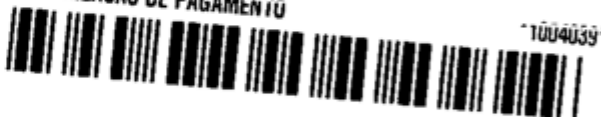
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

SEGURO  
DPVAT  
19 NOV 2012

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL VALENÇA - PI

DATA 19/10/2012

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Francisco Jose do Nascimento Sousa

**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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, 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.

SEGURO  
09 NOV 2012  
DPVAT

CONSULTA SALDO

Term: RPD0001 Loja: 10.789.331/0001-13  
Emissao: 11/09/2012 10:55:01  
No. Autorizacao (NSU): 091100107257

Operador: 0000001859

Data: 11/09/2012 Hora de Brasilia: 10:50

\*\*\* SALDO CONTA FACIL \*\*\*

FRANCISCO JOSE DO N SOUSA  
Agencia: 05813 Conta: 0000000642217-9

TOTAL DISPONIVEL	21.20-
SALDO TOTAL	21.20-

Demonstrativo para simples conferencia  
Sujeito a alteracoes ate o fim do dia.  
Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.  
Atendimento 24 hs. 7 dias por semana.  
SAC - Alo Bradesco - 0800 704 8383.  
Deficiente Auditivo/Fala 0800 7220099.  
Atendimento 24 hs. 7 dias por semana.  
Ouidoria - 0800 727 9933 das 8 as 18h.  
segunda a sexta-feira, exceto feriado.

Ag. Bradesco : 937 - PICOS  
Corresp. Banc.: 224 - DAIYED  
NSU: 020915212225 Autent.: 792809

OUIDORIA BRANDESCO  
0800 727 9933



# GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUÍ



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17/2011

### REGISTRO DO ACIDENTE

**Delegacia Responsável:** Delegacia de Polícia Civil, em Valença do Piauí-PI.  
**Data e Hora:** 13/01/2011 às 10 h 13.  
**Noticiante:** FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO.  
**Endereço:** Rua Areolino de Abreu, nº. 160, nesta cidade.

**Fone.:**

### DADOS DO ACIDENTE

**Data e Hora:** 28/12/2010, às 08 h 00    **Tipo de via:** Rodovia estadual    **Zona:** Rural  
**Local:** PI-120, sentido Novo Oriente-PI/Valença-PI, defronte a granja Moreira.  
**Condições Locais:** via simples, com pavimentação, em bom estado de conservação, via sem sinalização, traçado em curvilíneo, perfil plano, período diurno, visibilidade boa, tempo bom.

### DADOS DAS PESSOAS ENVOLVIDAS

**Pessoa 1:** Envolvido  
**Nome:** Francisco José do Nascimento Sousa.  
**Doc.:** CTPS nº. 078767, Serie nº. 00027-PI, Cert. Nasc. 9.250  
**Filiação:** Antonio José do Nascimento e de Albaniza Francisca de Sousa.  
**Endereço:** Rua Areolino de Abreu, nº. 160, nesta cidade.

**Tipo:** Condutor/vítima não fatal.  
**Data de Nasc:** 21/06/1991.

**Fone.:**

### DADOS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS

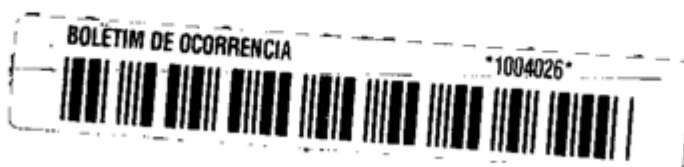
**Veículo 1:** Motociclo  
**Marca/modelo:** Honda/CG 150 TITANES    **Cor:** Prata    **Placa:** DVG-1568/Ribeirão Preto-SP  
**Ano fab./mod.** 2006/07    **Chassi:** 9C2KC08507R028328    **Renavam:** 902451650  
**Licenciado em nome:** PANAMERICANO ARRENDAMENTO MERCANTIL - CNPJ. 02682287/000102  
**Outras informações:** O Noticiante conduzia o veículo no momento do acidente.

SEGURO  
09-NOV-2010  
DPVAT

### TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

- NÃO INFORMADO .....

RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA, Nº 1070, CENTRO - VALENÇA-PI - CEP: 64.300-000 - FONE: (89) 3465-2983





# GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUÍ

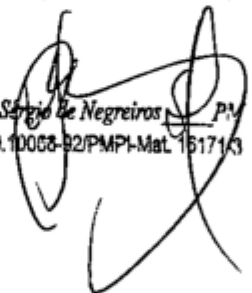
## HISTÓRICO DO ACIDENTE

O Noticiante afirmou que conduzia o V-1, pela citada rodovia estadual, quando em determinado momento daquele tráfego, o ponteiro do combustível acusou reserva, e ao acionar o registro do combustível com uma das mãos, se desequilibrou no momento em que trafegava em um trecho enfiçarrado, por conta da derrapagem do pneu dianteiro, provocando a perda do controle da direção veicular, vindo em seguida a cair sobre a pista de rolamento, juntamente com o motociclo; **Que**, no acidente, sofreu *poli traumatismo com traumatismo craniano, traumatismo de cotovelo direito com luxação local, traumatismo de abdômen, de pé direito com fatura de 5º. Metatarso de 1/3 distal e escoriações múltiplas pelo corpo* conforme consta em **RELATÓRIO MÉDICO**, e **FICHA DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO**, ora apresentados pelo noticiante.

Valença do Piauí-PI, 13 de janeiro de 2011.

NOTICIANTE: X Francisco José do Nascimento da Silva

Autoridade Policia/Escrivão *Ad hoc*:

  
Paulo Sérgio de Negreiros, PM  
RG. 10.10058-92/PMPI-Mat. 15171/3

**SEGURO**  
09 NOV 2010  
**DPVAT**

"As informações contidas neste B.O. de AT., são de inteira responsabilidade deste Comunicante, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB)".





# GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL



## CERTIDÃO DE NÃO EXISTÊNCIA IML, BOMBEIROS E ANJOS DO ASFALTO

O SD PM Paulo Sergio de Negreiros, Escrivão *Ad hoc*, da Delegacia de Polícia Civil de Valença do Piauí-PI, no uso de suas atribuições legais e etc..., **CERTIFICA** para os fins de **recebimento de Seguro DPVAT**, que a pessoa de **FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO** (vítima não fatal), **CTPS** nº. 078767, Serie nº. 00027-PI, **Cert. Nasc.** 9.250, residente na Rua Areolino de Abreu, nº. 160, nesta cidade; no dia **28/12/2010, por volta das 08h 00**; sofreu o acidente automobilístico ora em registro, descrito no **B.O.T. nº 17/2011**, dos arquivos desta Unidade Policial. Certifico ainda que, na circunscrição não possui **IML - Instituto Médico Legal, BOMBEIROS, ANJOS DO ASFALTO** ou outros órgãos competentes, para prestar socorros às vítimas de acidentes automobilísticos, bem como para realização de outras perícias que os casos requeiram.

DADO E LAVRADO, nesta cidade de Valença do Piauí, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia Civil, aos treze (13) dias do mês de janeiro (01) do ano de dois mil e onze (2011).

Paulo Sergio de Negreiros  
RG. 10.10032-92/PM-PI-Mat.

Escrivão Ad hoc:

SEGURO  
09 NOV 2011  
DPVAT





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA, portador (a)  
do RG nº. 3583216, e CPF nº. 061974023-00,  
venho através da presente, declarar a quem interessar possa que não possuo  
em meu nome, nenhum comprovante de residência de concessionárias de  
Serviços públicos. Por este motivo venho declarar sob as penas da Lei e  
repetirei em juízo de necessário for que, resido no  
endereço: RUA AREOLINO DE ABREU nº 260  
Bairro: CENTRO Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ  
UF: PI Cep: 64300-000 Telefone: (89) 3455-1336  
(89) 9975-4472  
Para que surta os efeitos desejados, assino o presente.

VALENÇA DO PIAUÍ 05/FEVEREIRO/2011

SEGURO  
09 NOV 2010  
DPVAT

Francisco Jose do Nascimento Sousa  
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) BENEFICIARIO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA, portador (a)  
do RG nº. 3583216, e CPF nº. 061974023-00,  
venho através da presente, declarar a quem interessar possa que não possuo  
em meu nome, nenhum comprovante de residência de concessionárias de  
Serviços públicos. Por este motivo venho declarar sob as penas da Lei e  
repetirei em juízo de necessário for que, resido no  
endereço: RUA AREOLINO DE ABREU nº 260  
Bairro: CENTRO Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ  
UF: PI Cep: 64300-000 Telefone: (89) 3455-1336  
(89) 9975-4472  
Para que surta os efeitos desejados, assino o presente.

VALENÇA DO PIAUÍ 05/FEVEREIRO/2011

SEGURO  
09 NOV 2010  
DPVAT

Francisco Jose do Nascimento Sousa  
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) BENEFICIARIO