

Гор-Музей склоняется



- 20 -

SABEMOS SEGURAD... CON SIA

06 FEVEREIRO 2017

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		SERVICO OBRIGATORIO DE PROTECAO AO DIREITO DE VEHICULO	
MINISTERO DAS FINANÇAS		AUTOMOTIVOS VIA TERRESTRE CUPOM SLACAR A PRESCASAS	
DETRAN-CE		TRANSPORTAVIAS USANDO SEGURO DPVAT	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		CE N° 012168638138 - CUPOM DE SEGURO DPVAT	
VIA:	COL. RENAMAN	RNFRC:	Expedido
PPL:	01 009BOB74025	DATA:	00/00/0000 / 2015
NOME:		ESTE È O SEU CUPOM DE SEGURO DPVAT	
MARIA JOAQUINA PAES		PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO	
MORADA: NHOVA		AS CONDIÇOES GERAIS DE COBERTURA	
CNPJ/CPF:		<a href="http://www.dpvat.com.br">www.dpvat.com.br</a>	
21213070369		SAC DPVAT 0800 0221234	
PLACA:		REFIDAO - DATA EMISSAO	
HONDA HR-V 1.6 FAN		2015 - 07/04/2015	
MARCAS / MODELO:		CP / CNPJ:	
HONDA HR-V 1.6 FAN		PLACAS:	
CAR / POT / CM:		MARCA / MODELO:	
217 / 12400		01 21213070369 HONDA HR-V 1.6 FAN	
CATEGORIA:		ANO TAB / ANO MOD:	
PRT / PTC		2009 / 2009	
COTA UNICA		VEHIC / COTA UNICA	
IPV		VENC / COTAS	
PARCELAMENTO / COTAS		2015 / 2015	
PREMIO TARIIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
129,04		147,38	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
06/04/2015		11/04/2015	
OBSERVACOES		PAGAMENTO	
LOCAL:		COTA UNICA PARCELADO	
MORADA: NHOVA		13 / 04 / 2015	
DR. POMPEU SUPERINTENDENTE		MOTOR: 0110178680047 07007	

**SEGURO DA LIDER - DPVAT**  
CNPJ 01.848.000/0001-44  
[www.lider.com.br](http://www.lider.com.br)

06 FEV 2017

SABEM SEGURADORA SIA

SABEMI SEGURADORA S/A

PROCURAÇÃO

06 FEV 2017

## AUTORGANTE:

TOÁZ ZUIZ FREITAS SOUSA

NOME: TOÁZ ZUIZ FREITAS SOUSA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSAO: AGRICULTOR

Nº DO RG: 1007032030540 ORGÃO EMISOR: SSP/CE DATA DE EMISSÃO: 08/05/2007

Nº CPF: 065.161.743-88

ENDERECO: PRA: MANOEL RODRIGUES, 693 - FUNDO

RECEBIDO

## AUTORGANTE:

PAULO VICTOR SARAIUA DE OLIVEIRA

NOME: PAULO VICTOR SARAIUA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSAO: EMPRESARIO

Nº DO RG: 10070366200 ORGÃO EMISOR: SSP/CE DATA DE EMISSÃO: 14/03/2014

Nº CPF: 062.070.273-70

ENDERECO: AV: AGOSTINHO RADIAL 991

## PODERES:

Para requerer e acompanhar o entendimento do seguro dirigido ao DPVAT e que tem direito à  
 Para requerer e acompanhar o entendimento do seguro dirigido ao DPVAT, ou  
 autorgante, junto à SEGURADORA LINER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, ou  
 perante qualquer seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, tendo o outorgante poderes  
 específicos para celetar e formular as autorizações de pagamento, bem como fornecer  
 dados para criação da identidade do segurado DPVAT, mediante apresentação dos  
 mesmos.



M. Neves/CE 03 de fevereiro de 2016

Toáz Zui Z Freitas Sousa  
Assinatura

QD& - Poderes legitimados por outorgada.

RECONHEÇO a(s) firma(s) autêntica(s) de

Toáz Zui Z Freitas Sousa

Z Dou fá.

M. Neves/CE 03 de fevereiro de 2016

Em testem. Chá da verdade.

Manoel Henrique Góes de Souza

Manoel Henrique Góes de Souza (Tatobá)

Assinado de forma visível e legível





---

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10521230

A/C: JOAO LUIZ FREITAS SOUSA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170093945 ASL-0054781/17

**Vitima:** JOAO LUIZ FREITAS SOUSA

**Data Acidente:** 12/01/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** PAULO VICTOR SARAIVA DE OLIVEIRA

**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 a 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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Seguradora Líder - DPVAT

---

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10521366

A/C: JOAO LUIZ FREITAS SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170093945 ASL-0054781/17

Vitima: JOAO LUIZ FREITAS SOUSA

Data Acidente: 12/01/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: PAULO VICTOR SARAIVA DE OLIVEIRA

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **06/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar 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 **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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, 14 de Agosto de 2017

**Carta nº 11474627**

a/c: JOAO LUIZ FREITAS SOUSA

**Sinistro:** 3170093945 ASL-0054781/17  
**Vitima:** JOAO LUIZ FREITAS SOUSA  
**Data Acidente:** 12/01/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** PAULO VICTOR SARAIVA DE OLIVEIRA

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

N° DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO

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, Jeanneke Freret Souza

PORTADOR(A) DO RG N° 2000032030340 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 08/09/07  
 CPF 063161243-88 /CNPJ 00000000-0000-0000-0000-000000000000, PROFISSÃO agricultor  
 E RENDA MENSAL DE R\$1100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA milmora, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com 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.

06 FEV 2017

**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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 063-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46-006-9

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

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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



Ourocard

ONDE FOI FEITO NO BRASIL



5067 0570 5039 4695

VALIDADE  
12/22

JOSÉ L. F. SOUSA  
0863-7886/8559

etc

SABEMI SEGURADORA S/A

c/p

06 FEV 2017

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

Delegacia de Polícia  
de Morada Nova-ceara  
SSP Cartório

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 504 - 1573 / 2016



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 05/05/2016 09:20:34

Data / Hora da Ocorrência : 12/01/2016 12:30:00

Endereço da Ocorrência: R CORONEL TIBURCIO

GIRILANDIA MORADA NOVA /CE

Ponto de Referência: PROXIMO AO POSTO ALE



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOÃO LUIZ FREITAS SOUSA

Nascimento : 05/03/1993

RG: 2007032030540 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 06516124388

Filiação: JOSÉ RICARDO DE SOUSA

FRANCISCA ONALI DE FREITAS SOUSA

Endereço: R MANCIO RODRIGUES 693

02 DE AGOSTO

MORADA NOVA CE BRASIL

Telefone: 88-93614292

Histórico

A vítima informa que no dia, hora e local, acima mencionado, sofreu um acidente de trânsito quando trafegava pilotando na motocicleta de PLACA HYT-6096, COR PRETA, REGISTRADA JUNTO AO DETRAN/CE, EM NOME DE MARIA WOGENARIA RABELO; QUE seguia na rua CORONEL TIBURCIO, sentido ao bairro Girilandia, quando veio a perder o controle da motocicleta, após desviar de um pedestre, onde restou por cair; QUE foi socorrido por populares para o HOSPITAL DE MORADA NOVA/CE, onde recebeu atendimento médico; QUE declara não ser habilitado; QUE manifesta o desejo de receber o SEGURO DPVAT. E nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

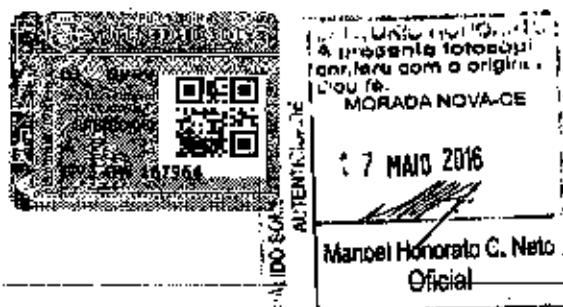
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

"ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : J. L. Freitas Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Luiz Freitas Soárez, portador da carteira de identidade nº 20070328034 e inscrito no CPF/MF sob o nº 065161243-88, residente e domiciliado na Rua Império Rodrigues, 693, Cidade Maracaju Mato Grosso, Estado Mato Grosso, 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:

- (X) 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 a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

SABEMI SEGURADORA S/A

06 FEV 2017

RECEBIDO

José Luiz Freitas Soárez

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Mato Grosso - 03 de maio de 2016

Local e data

# Comprovante de Ato Declaratório

07.677.263/0001-39

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE M NOVA

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

## REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Comprovante de ato declaratório



0005\*

AU MANOEL VASQUES  
CENTRO CEP 62.940-000

22 anos

PACIENTE: Edson Luiz F. Souza

DN 1 / 1

ENDERECO: R. Antônio Dalgrijaner

DIA: 22/01/2016

HORA: 13:00

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

### DESCRICAÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

Descrição da lesão: Ingestão de preservativo  
Fratura em fôfis direito e esquerdo +  
fratura em úmero direito + fratura  
o paciente informou que foi vítima  
de agressão por outro.

PLANTONISTA: Dr. Paulo Sergio TÉC. ENF: Eloir





SABEMI SEGURADORA S/A

06 FEV 2017

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RECEBIDO

Eu, João Luiz Freitas Souza

RG nº 200703203040 data de expedição 08/05/07 Órgão SSP/CE

CPF nº 065161243-88 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que o endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	Rua Mônica Rodrigues
Número	693
Apto / Complemento	Casa dos Jundis
Bairro	Aldeia Sagrada
Cidade	Maceió - Alagoas
Estado	Alagoas
CEP	52940-000
Telefone de Contato	(88) 9361-4292
E-mail	-

Por ser verdade, fimo-me.

Local e Data: Maceió/CE - 03 de maio de 2016

Assinatura do Declarante: João Luiz Freitas Souza

SABEMI SEGURADORA S/A

06 FEV 2017

RECEBIDO

Nº DO CLIENTE

**5357801-5**

Nome do Cliente: Ana Patricia Simiao  
Número que identifica o cliente:

A Taxa Social de Energia Elétrica  
é calculada pela Lei nº 10.413,

de 26 de abril de 2002.

**coelce**

Rua Pedro Veloso, 150

CNPJ 07.04.751/0001-10 CEP 06.195-040-2

CPF 66.020.000-0001-02

CEP 07.04.751/0001-10 CEP 06.195-040-2

RG / CPF / CNPJ

033678563-12

CPF

Nota 16 25070 15 680570 - 6 Data de Emissao 22/04/2016

Nome ANA PATRICIA SIMIAO

End. Postal RUA MANCIO RODRIGUES 00693 CS FUNDOS

02 DE AGOSTO - MORADA NOVA - 62940000

Medidor 55338

Posto 0000 0000

Classe 01-RÉSIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Preço de Polivalencia 0,00

RG / CPF / CNPJ 033678563-12 CGF

Nome do Responsável

Referência Gata de Arasentação Análise Próxima Leitura

Abr/2016 22/04/2016 23/05/2016

Taxa Fev/2016 BIC: 5,00

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

Pecúlio (R\$) Abatimento individual

Mesal. Térn. Anual Mesal. Anu. Anual

ISENTO DIC 5,31 10,62 21,25 0,00 0,00 0,00

DIFC 3,39 6,78 13,26 0,00 0,00 0,00

DAMC 5,65 11,30 22,60 0,00 0,00 0,00

003,0 10,510 10,510 0,00 0,00 0,00

VALOR CONSUMO DO MFS

MULTA MORATORIA REF 01/2016

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

18,29

0,43

5,83

1,03





SABEMI SEGURADORA S/A

## DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

06 FEV 2017

RECEBIDO

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 PAULO VICTOR SARAIVA DE OLIVEIRA, portador(a) do  
RG nº 20070366700, expedido por DETRAN/CE em 14/03/16  
CPF/CNPJ nº 062.070.273-70, na qualidade de  
procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Souza,  
do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ  
da vítima a mesma, e conforme  
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO-ME Renda Mensal: R\$ RECUSO-ME

Documentos comprobatórios: Souza - me informar

Paulo Victor Saraiva de Oliveira

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA WOGENARIA RABELO

RG nº 1449655, data de expedição 09/07/94,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 212.130.703-68, com domicílio na cidade de MORADA NOVA, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA ANTONIO DE CASTRO, nº 679,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSÉ 2012 FREITAS SOUSA, cujo o condutor era JOSÉ 2012 FREITAS SOUSA.

Veículo: MOTO

Modelo: C61 125 FAN

Ano: 2008

Placa: HVT 6096

Chassi: QCJ SC 30708BR680067

Data do Acidente: 13/01/2016

Local e Data: Morada Nova - CE 03/03/16



Este documento é original.  
A presente fotocópia  
corresponde com a original.  
Data: 17 MAIO 2016

Manoel Honorato C. Neto  
DEPARTAMENTO DE SEGURO DA SAÚDE

06 FEV 2017

RECEBIDO

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

**SEU NOME:** Maria Wogenaria Rabelo

**DATA DE AUTENTICAÇÃO:** 03/03/2016

**RECONHEÇO a(s) firma(s) autêntica(s) de**  
**Maria Wogenaria Rabelo**

**DATA:** 03/03/2016

**EM TESTE:** (Assinatura) da verdade.

**Assinatura de:** Manoel Honorato Cavalcante Neto (Tabelião)

**Atento ao Lema Vida é Louvor (PAZ)**



# FUNDACÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000

C.G.C. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamnova@bol.com.br

Fones : 3422.1411/ 3422.3860

SABEMI SEGURADORA S/A

## DECLARAÇÃO

06 FEV 2017

RECEBIDO

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos encontramos o registro do seguinte teor: que no dia 12/01/2016, às 13:00 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas – Santa Casa de Morada Nova, o Sr. JOÃO LUIZ F. SOUSA o mesmo informou que foi vítima de acidente de motocicleta apresentando: **TRAUMA EM JOELHO DIREITO E ESQUERDO + TRAUMA NA MÃO ESQUERDA + ESCORIAÇÕES.**

Morada Nova, 14 de Janeiro de 2016.

The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be a declaration or a signature of the hospital's representative. It is written over a rectangular official stamp. The stamp contains the text "FUNDACAO SÃO LUCAS" at the top, followed by "SANTA CASA DE MORADA NOVA" in the middle, and "GOIAS" at the bottom. The date "14/01/2016" is also visible on the stamp.



Comprovante de Identificação



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

SABEMI SEGURADORA S/A

Nº do CPF: **065.161.243-88**

06 FEV 2017

Nome da Pessoa Física: **JOAO LUIZ FREITAS SOUSA**

RECEBIDO

Data de Nascimento: **05/03/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/12/2011**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:53:11** do dia **26/01/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **A4FD.9454.2207.6195**



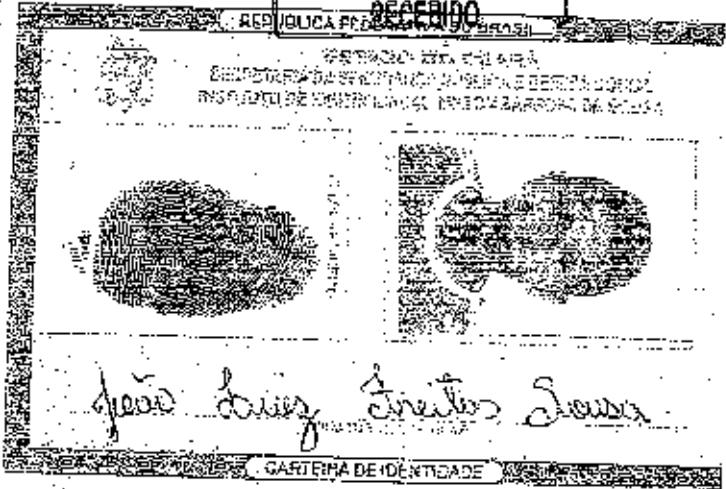
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

SABEMI SEGURADORA S/A

06 FEV 2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO SERIAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
2007032030540	9/5/2007
NOME: JOÃO LUIZ FREITAS SOUSA	
PILHAÇÃO JOSÉ RICARDO DE SOUSA E FRANCISCA ONALI DE FREITAS SOUSA	
NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
MORADA NOVA-CE	5/3/1993
SOS ORGEM CERT-NASCO-6631 L AOT F	
2659 PEDRAS MORA DA NOVA/CE	
CNPJ	
ASSINATURA DO SOLICITANTE	
LEI Nº 9.712 DE 2008	



 CARTERA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Pesquisa Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

## **COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**Número**  
**055.161.243-86**

Nome  
**JCAO LUIZ FREITAS SOUSA**

Nascimento  
05/03/1993

VÁLIDO SOLENTE COM CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO