

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2016

Carta nº: 9487236

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

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

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2016

Carta nº: 9653674

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

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

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

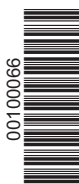
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2016

Carta nº: 9716991

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

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

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

- Autorização de pagamento infor. incorretas

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2016

Carta nº: 9930656

A/C: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

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

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

Resultado da Avaliação Médica

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

LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR E FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

TRATAMENTO CIRURGICO DAS LESÕES;

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 12/09/2016

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


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

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO DAS LESÕES.

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE



IO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Dados da Circular Susep 445/2012

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.

ETI Antonio Carlos Pereira Sousa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3006010 EXPEDIDO POR SSP - PI EM / / E
 CPF 0416081393-30 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1637-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 61.720-2

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

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

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

Tererina PI 13 de Maio

LOCAL E DATA

de 2016

Antonio Carlos Pereira Sousa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Antonio Carlos Pereira Sousa

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.006.010

EXPEDIDO POR SSP / PI

EM 04/03/13 E

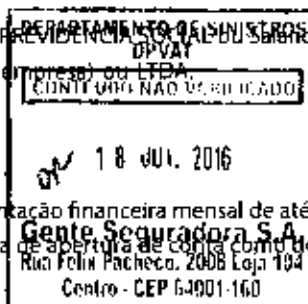
CPF 041508393-10 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO autônomo

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

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

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

Terezina PI, 10 de Outubro de 16

LOCAL E DATA

Antonio Carlos Pereira Sousa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



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

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

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

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:

0329320920

NÚMERO DE CONTROLE:

284457062

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

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

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

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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA S _____

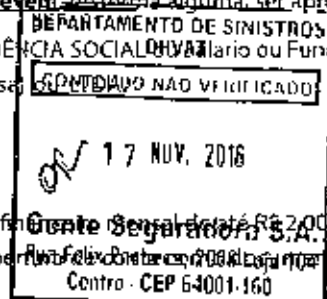
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

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

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL/INSS ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa).
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta sem comprovação 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), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

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

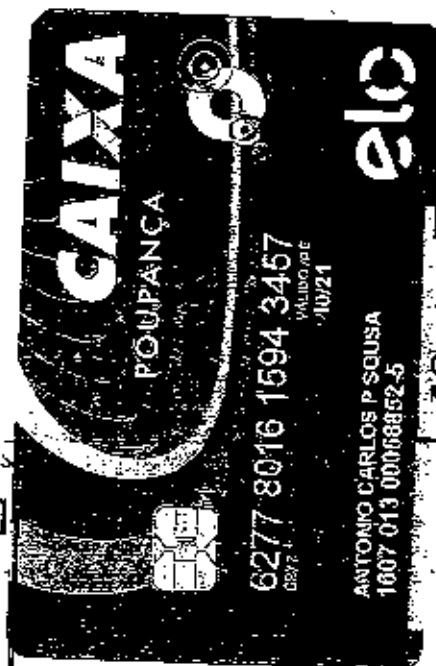
Terzina F. 11 de novembro de 16 Antonio Carlos Pereira de Sousa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



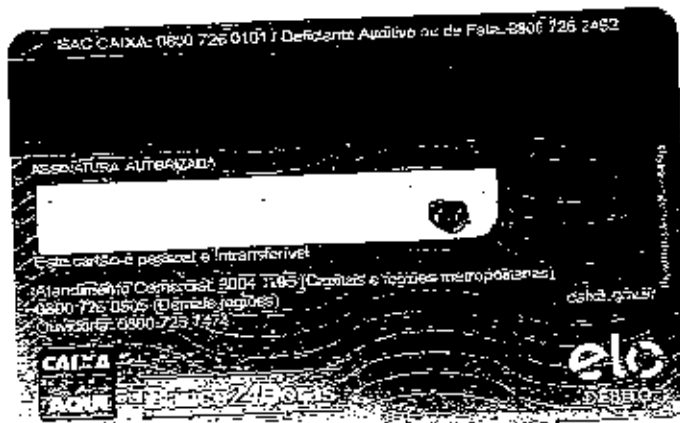
ATENÇÃO

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
17 NOV. 2016
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

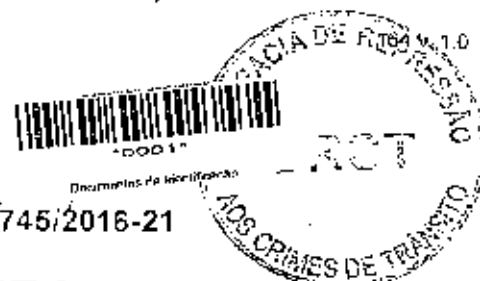


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
17 NOV. 2016
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001745/2016-21

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA RUI BARBOSA C/ RUA BENJAMIM CONSTANT, Nº.

Complemento

Bairro

CENTRO NORTE

Ponto de Referência

PRAÇA DA BANDEIRA

Data/Hora

21/04/2016 - 22:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

RG: 3D06010 PI

Mãe: ESMERALDINA PEREIRA SOUSA

Pai: ANTONIO DOS SANTOS SOUSA

Endereço: QD 59 CASA 10A, Nº

Bairro: RENASCENÇA II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9488-3505

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN. 2016

Gente Seguradora S.A.
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 04001-100

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

Cláudio Costa De Sousa
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio Carlos Pereira Sousa
ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES

Delegado de Polícia



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

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

Cidade Teresina-Piãuí Estado Piãuí, declaro, sob as penas
da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para
os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

prazos superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

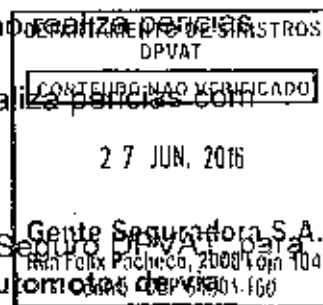
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha
documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando,
desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 9º
do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Local: Teresina - Piãuí Data 13, 05, 2016

Antonio Carlos Pereira Sousa
ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000058852-5

Nr. da Autenticação 98BF02EC2348C97B

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 4323	02 Data do chamado 24/04/16	03 PRO (código) 29100	04 Saída do PA 22:45	05 Chegada ao local 23:15
	06 Saída do local 23:05	07 Chegada ao 1º hospital 23:15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Rui Barbosa E/B. Constante	11 Bairro Po Norte	12 Município-UF Teresina	Código IBGE.	
	13 Ponto de referência Praca da Bebedeira				
Dados do Paciente	14 Nome Antonio Carlos Pereira Sousa	15 Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado			
	16 Idade 30a	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indicador de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 JUN 2016 Gente Seguradora S.A. Rua... CEP 64001-160		
Acidente de Transporte	19 Vítima ☐ 1 - Pedestre ☒ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção ☐ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida ☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado	22 Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
	23 Glasgow = ☐ ☐		RESPOSTA VERBAL 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX _____ SatO2 _____		25 Local da lesão		
	26 Pupilas ☐ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais 27 Pulso Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento ☐ 1 - Sim 2 - Não 29 Dor ☒ ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Assistência	30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		
	32 Hospital de Destino HUT 33 Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado		34 Óbito ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	35 Assistência realizada: ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Calor cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Krod ☐ Assistência obstétrica				
	36 Observações: p/ atendida vítima de colisão de moto e ônibus p/ suspeita de fratura no braço esquerdo + escoriações p/ ferimento profundo				
Responsável pela aceitação Guilherme Aguiar		Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro SOARES Condutor SOARES			

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 4323	02 Data do chamado 24/04/16	03 PRO (código) 29100	04 Saída do PA 22:45	05 Chegada ao local 23:58
	06 Saída do local 23:05	07 Chegada ao 1º hospital 23:15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Rui Barbosa e B. Constante				
	11 Bairro Po Norte	12 Município-UF Teresina	Código IBGE.		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Praca da Bebedeira				
	14 Nome Antonio Carlos Pereira Sousa	15 Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado			
Tipo de Ocorrência	16 Idade 30a	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indicador de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 27 JUN 2016	
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima ☐ 1 - Pedestre ☒ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção ☐ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida ☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado	22 ☐ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
	23 Glasgow = ☐ ☐ ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX _____ SatO2 _____	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas ☐ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais	27 Pulso ☐ 1 - Cheio ☐ 2 - Fino ☐ 3 - Ausente	28 Sangramento ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não		
Assistência	29 Dor ☒ ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				
	30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Calor cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Krod ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) _____ b) _____				
	32 Hospital de Destino HUT ☐ Não Removido				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado				
	34 Óbito ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar: p/ atendida vítima de colisão de moto e ônibus p/ suspeita de fratura no braço esquerdo + escoriações p/ ser encaminhada					
Responsável pela aceitação Guilherme Aguiar		Socorristas Médico AE/TE Diana e 180.160		Enfermeiro Condutor Soares	



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Francisco Alame Fernandes do Nascimento, portador(a) do

RG nº 2.731.866, expedido por SS PI, em

28/07/05, CPF/CNPJ nº 040.853.583-08,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Antonio Carlos

Pereira Sousa do sinistro de DPVAT da natureza IPA

da vítima Antonio Carlos Pereira Sousa conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$

Documentos comprobatórios: RG e CPF

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTROLEADO E VERIFICADO
27 JUN. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2009 Loja 104 Centro - CEP 64801-160

Francisco Alame Fernandes do Nascimento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Comprovante de residência

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE HABITAÇÃO

NOME
ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA

DOC. IDENTIDADE: RG BRASILEIRO
3006010 SSP/PI PI

CPF
041.508.393-10

DATA NASCIMENTO
10/12/1985

PRONOME
ANTONIO DOS SANTOS
SOUSA
RUBENALATINA BERTINI
SOUSA

SEXO
MASCULINO

ESTADO CIVIL
A

1ª ENDEREÇO
04016791204

VALIDADE
20/03/2016

2ª ENDEREÇO
11/03/2016

CATEGORIA

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
14/04/2015

76364926100
PL315517349

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

1087075844

1087075844

1087075844

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

27 JUN. 2016

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

0500 VIA COD. RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO
0011 1 00134673891 2016

9578 NOME
1560 ANTONIO CARLOS PEREIRA SOUSA
8011 *****
8805 *****
4416 *****

CPF/CNPJ PLACA
04150839310 NAY-0044

PLACA ANT/UF CHASSI
NAY-0044 9C6KG026090007744 REM

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
YAMAHA/XTZ 250X 2009 2009

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
02P/0249CC PARTIC LARANJA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA
FAIXA IPVA. PARCELAMENTO/COTAS
00000000 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
PBT: 031.00
SEM RESTRICOES

LOCAL DATA
TERESINA 05/05/2016

ABAO MARTINS DO ARGO LOBATO
SECRETARIO GERAL DO DETRAN - PI

PI Nº 011619017843 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04150839310 NAY-0044 2016

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 05/05/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 04150839310 NAY-0044

RENAVAM MARCA / MODELO
00134673891 YAMAHA/XTZ 250X

ANO FAB. CAT. TARE Nº CHASSI
2009 9C6KG026090007744 REM

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
045,49 005,05 050,54

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
004,15 000,39 105,65

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 10/11/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN, 2016

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 102
Centro - CEP 64001-160