



Confirma Dados?

BANCO: BBBI
AGÊNCIA: 01942
CONTA: 000000000025 /
FAVORECIDO: MAURICIO LOURENCO SILVA
VALOR DEPOSITO: R\$10.00

CONFIRMAR
COMPREV
23/12/2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rede Mais Você

Via Clientes

COMERCIAL DELEGADO

Pos: 72752601 L1:117 Doc: 22 Oper: 1/2752
19/12/18 15:00:42

CUBAN: 072752 L0:R:0001 P09:000001
13/12/2018 BANCO DO BRASIL 15:00:44
194275201 CORRESPONDENTE BANCÁRIO 0063
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM POUPANÇA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAURICIO LOURENCO SILVA
AGÊNCIA: 1942-9 CONTA: 7.029-7

VALTACAO POUPANCA	51
DATA	13/12/2018
NR. DOCUMENTO	19.427.275.200.063
VALOR DINHEIRO	10,00
VALOR TOTAL	10,00

NR. AUTENTICAÇÃO 9.952.062.8CE.7F5.1A9

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICIO LOURENCO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180367514**

Vitima: **MAURICIO LOURENCO DA SILVA**

Data do Acidente: **30/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RODRIGO PONTES DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180367514**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICIO LOURENCO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180367514**

Vitima: **MAURICIO LOURENCO DA SILVA**

Data do Acidente: **30/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RODRIGO PONTES DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180367514**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Carta nº 13690786

A/C: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180367514 ASL-0290917/18
Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA
Data Acidente: 30/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO PONTES DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

10.266.824-440 Maurício Lourenço da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maurício Lourenço da Silva	310.266.824-440	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Rua Virgínia Algodão	50	
Bairro	Cidade	Estado
Zona Rural	Acimbar de Dentro	PR
Email	CEP	Telefone (DDD)
	88230-000	(83) 98769-6665

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

3942

D/V

9

CONTA

Nº:

4029

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____

Nº:

AGÊNCIA

Nº:

D/V

CONTA

Nº:

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Júlio 03 de 2018

Local e Data

Rodrigo Ponte da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

IMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
09 AGO. 2016



CPF:
710.266.824-44
Conta conjunta
Não

Name

MAURICIO LOURENCO DA SILVA
Solidariedade
Solidária

Agência

1942-9

Conta

7.029-7

Qtd. assinaturas

1

Data

22/12/2017

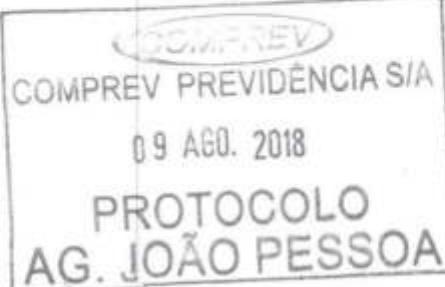


Mod. G.50.239-5 - Jul/2014 - SISBB 14204 - jv

Funcionário

Clérigo

Poupança



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº 208/2017

DESCRIÇÃO:

Aos Trinta (30) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Policia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Policia Civil, **comigo** escrivão de Policia Civil, ai pelas 10h55min, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: MAURICIO LOURENÇO DA SILVA, Idade: 54 anos, nascida em 04/02/1963, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Cacimba de Dentro/PB, Estado civil solteiro, Profissão: agricultor, Filiação: pai não declarado e Josefa Lourenço da Silva, Endereço: Rua Sítio Lagoa Salgada Zona Rural de Cacimba de Dentro/PB.

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG: 4301842 SSP/PB

CPF: 710.266.824.44

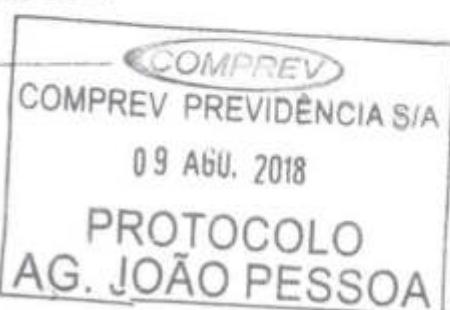
HISTÓRICO

Noticiou: Que no dia 30 de Junho de 2017, por volta das 20:00 horas, estava como passageiro em uma motocicleta de marca HONDA CG 125 TITAN KS, ANO MODELO 2002/2003 COR VERMELHA, PLACA MOO 0149/PB, CHASSI 9C2JC30103R153521, Que se encontra em nome de JOSÉ EDER DE LIMA TAVARES; Que vinha da cidade de Araruna (rodovia PB 111) com o Sr RODRIGO PONTES DA SILVA; Que na chegada do Sítio Barreiros um jumento atravessou na frente da motocicleta e o Sr RODRIGO ao desviar do animal perdeu o controle da moto e caiu juntamente com o noticiante; Que o Sr Rodrigo não sofreu nenhuma escoriações e o noticiante foi socorrido pelo SAMU da cidade de Araruna/PB; para o hospital de trauma da cidade de João Pessoa/PB, onde passou 12 dias internado e passou por cirurgia no rosto(queixo); Que não manifesta o desejo de representar contra o Sr Rodrigo e apresenta como testemunhas o Sr Rodrigo Pontes da Silva, portador da RG 3093579 SSP/PB residente no Sítio Lagoa Salgada Zona Rural de Cacimba de Dentro/PB e o Sr José Eder de Lima Tavares, portador da RG nº 3066096 SSP/PB Residente no Sítio Lagoa Salgada Zona Rural de Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 30 Outubro de 2017

Assinatura do representante

Evangelista Xavier Lúcia
Escrivão Ad-Hoc, Matr.: 37.334.0



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Mauricio Moura da Silva 710.266.824-44 30/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Mauricio Moura da Silva 710.266.824-44 30/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DECLARAÇÃO

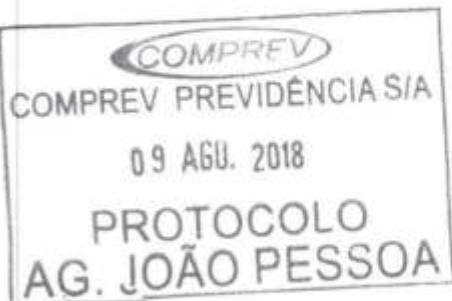
Declaro para os fins de direito que o paciente o Sr.(a) Mauricio de Souza da Silva, portador do RG nº 430.1642 SSP-PB, inscrito no CPF nº 410.266.824-44, com Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____, residente na rua 460 Joaquina Daltro, nº —, no município de Bac. de Wailo, foi atendido por esse serviço de saúde (Serviço Atendimento Móvel de Urgência SAMU/Araruna/PB), no dia 30 / 06 / 2017 as 14:05, pela equipe composta pelo médico o sr(a) _____, Enfermeira a Sr(a) Viviane, técnica de enfermagem a Sr(a) Thaís Laurena da Silva Ferreira e condutor o Sr (a) Jamileto; vítima de acidente de trânsito.

Desde já agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimento, se necessário.

Araruna/PB 28 / 04 / 18;

Thaís Laurena da Silva Ferreira
Coordenadora Administrativa
SAMU-ARARUNA
MAT: 10935

Diretor Administrativo



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01942-9

CONTA: 000010007029-9

Nr. da Autenticação D334A58AF1BA5942

JOSÉFA MARIA DA SILVA
RUA LAGOA SALGADA, S/N - AREA RURAL
CAICÓ/MA/CENTRO /PB CEP: 58230006 (AG. 83)

energisA

Cópia de Subs. RESIDENCIAL /BAIA AREIA MONOFASICO - E220 Km25 Centro Residencial Jardim Praia PB - CEP 58071-000
Roteiro E-48 - 501 - 8140
Nº Medidor: 0000873946

Referência: Jul/2017
Emissor: 1207/2017

ENERGISA PARÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 03.006.102/0001-40 - Insc Est 16.016.423-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N000 443 907
Código para Débito Autônomo: 00010443810

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2017	12/07/2017	14/06/2017	2067014463 Insc Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1044381-0

Canal de contato

- Tarifa Sozinha de Energia E220 Km25 Centro Residencial
nF10-438, de 26 de julho de 2002
Prezado Cliente:
A partir desse mês, as contas de energia elétrica terão legendas para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, alíquotas, tarifa e composição da fatura. O valor da tarifa passará a ser apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia pagada pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais a pagar pelos clientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
06/06/17	4785	12/07/17	4800	-8
Desempenhivo				
CC - Descrição				
0801 Consumo bruto E220	10.000,00	10.000,00	0,00	0,00
0801 Consumo bruto E220	10.000,00	10.000,00	0,00	0,00
0801 Acréscimo	0,14	0,00	0,00	0,00
0810 Subtotal	10.14	10.000,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0908 Devolução custo	-11,80	0,00	0,00	0,00
TOTAL				
	9,48	0,00	0,00	21,28 0,17 0,78

CCP Código de Classificação do item TOTAL 9,48 0,00 0,00 21,28 0,17 0,78

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO**
19/07/2017 **TOTAL A PAGAR**
R\$ 9,48

Histórico de Consumo (kWh)
47 | 46 | 45 | 53 | 43 | 47 | 52 | 45 | 48 | 51 | 48 | 53
Jun/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/16 Nov/16 Out/16 Set/16 Ago/16 Jul/16

RESERVADO PARA REVISÃO 59ea a3d5 acff 3c58 1309 35fa bc 18 5fca

Indicadores de Qualidade		
Limits	Ajustado	Unidade de Tensão
DIG MENSAL	0,00	(V)
DIG TRIMESTRAL	0,00	(V)
DIG ANUAL	0,00	(V)
FIC MENSAL	7,62	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	10,64	LIMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	31,38	LIMITE inferior
DMO	0,00	(V)
DION	16,80	(V)
Total:		9,48
Valor (%)		100,00

Fonte: ELETROBRAS Ref. E220-17-R0470

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso o cliente não pague a fatura até a data estabelecida, poderá sofrer penalidades, como multa e juros de mora. Caso o cliente não pague essa data, a possibilidade de desligamento do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado. As contas pagas não extinguem automaticamente a pena de desligamento. Caso o cliente não pague a fatura, deve considerar essa mensagem. Fatura sujeita a encargos e impostos, que podem chegar a 30% do crédito no caso de inadimplência. - Sua unidade foi faturada como Bala - Renda, tendo um desconto de R\$11,80.

Faturas em atraso

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

vivo

Nº da Conta: 012725795-5
Mês de referência: 06/2018
Período: 01/06/2018 à 01/07/2018
Data de emissão: 14/07/2018

CLAUDIO DOS SANTOS
RUA CAPITAO PEDRO MOREIRA, 287
CENTRO
58230-000 CACIMBA DE DENTRO - PB

www.vivo.com.br/meuvivo

Faça login no seu Conta Vivo e faça o seu pagamento.
Também é possível fazer o pagamento pelo site www.vivo.com.br/pagamento
Centro de Atendimento ao Cliente
Av. Presidente Dutra, 475 - Centro
CEP 58030-000 - João Pessoa - PB
TELEFONE: (83) 3230-8932
CPH: Número 03300-000-140
CHP: FAX: (83) 3230-8931-11

Vencimento
17/06/2018

Total a Pagar - R\$
45,89

Sua Número Vivo
83-98122-0771

Caso vivo fale com você, entre em contato e detalhamento da sua conta.

Acesse informações referentes ao Vivo
Vitrine

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Número Vivo	Vivo R\$ Plano/Pacote	Plano/Pacote	Utilizou Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
Vivo Móvel	1	1	30,99	-	-	30,99
VIVO CENTRODE DIGITAL_008 E.P.P.	1	1	30,99	-	-	30,99
Serviço Telefônica Brasil	-	-	-	-	-	-
Subtotal	-	-	-	-	-	-
Serviços de Terceiros Telefônica Data						
VIVO CONTROLE SERVICO DIGITAL 8	1	1	14,00	-	-	14,00
Subtotal	-	-	-	-	-	-
Outros Lancamentos						
Impresso Faturado	-	-	-	-	-	-
Subtotal	-	-	-	-	-	-
TOTAL A PAGAR						
						45,89

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

Telefônica Data e Terra são empresas do Grupo Telefônica e poderão ser prestadoras dos seus Serviços Digitais, que mantêm todas as características, preço e demais condições.

Alianças: neste caso, mantém os mesmos critérios de contas anteriores. O pagamento deve ser feito pelo débito automático. Mudança de pagamento em dia é sujeita a suspensão permanente dos serviços e à inclusão nas negociações de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em taxa fixa.

vivo

Nº da Conta:
CLAUDIO DOS SANTOS

Vencimento
17/06/2018

Total a Pagar - R\$

45,89

Cod. Diário Automático: 0312725795-5

Nº da Conta: 0312725795

Mês Referência: 06/2018

5465000000001

458902900018

103127257956

061891806176

Autorização Meu Vivo

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Formato para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 013.864.849

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.908.183 / 0001-48 Inscrição Estadual 16.918.232-0

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA MARIA DA SILVA
SIT LAGOA SALGADA SIN
CACIMBA DE DENTRO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1044381-0

REFERÊNCIA

OUT/2018

APRESENTAÇÃO

11/10/2018

CONSUMO

43

VENCIMENTO

19/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 12,00

Acesse: www.energisa.com.br



JOSEFA MARIA DA SILVA

Roteiro: 06-049-261-6140

83620000000-5 12000654005-1 10443812018-6 10900049019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
19/10/2018	R\$ 12,00	1044381-2018-10-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Paulo Henrique Werle inscrito (a) no CPF/CNPJ 087.007.694,68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Henrique Werle Baldinino inscrito (a) no CPF sob o N° 708.156.714,23 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Paulo Henrique Werle Baldinino, inscrito (a) no CPF sob o N° 708.156.714,23, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: 

Recuso informar

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

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

Enderço	<u>Av. Dornelles Puxato - Park Ville Q.27 l. 17</u>		Número	5000	Complemento	<u>loca</u> .
Bairro	<u>Serviços</u>	Cidade	<u>Campina Grande</u>	Estado	PB	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	83	98691.0886

R. Frank PB, 09 de novembro de 2016

Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Eder de Lima Tavares

RG nº 3066096, data de expedição 24/09/02,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 098.211.134-77, com
domicílio na cidade de Alenquer de Dentro, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Baque Salgadeiro, nº 561, complemento
tase. declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo
mentionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Mauricio Brumico da Silva, cujo o condutor era
Rodrigo Penteado da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 125 Titan FS.

Ano: 2002 - 2003.

Placa: M00-0149 - PB.

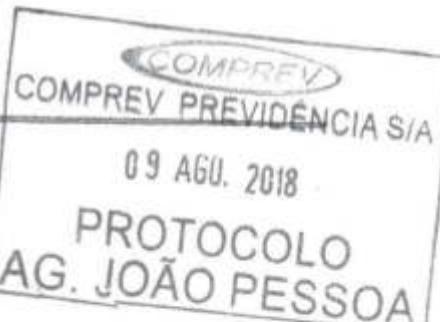
Chassi: 962.4C3.010.3R1.53521.

Data do Acidente: 30.06.2017.

Local de Data: Alenquer de Dentro PB, 03.07.2018

Jose Eder de Lima Tavares

Assinatura do Declarante

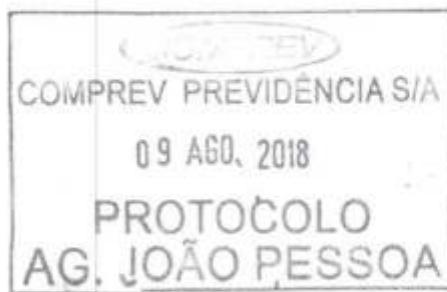


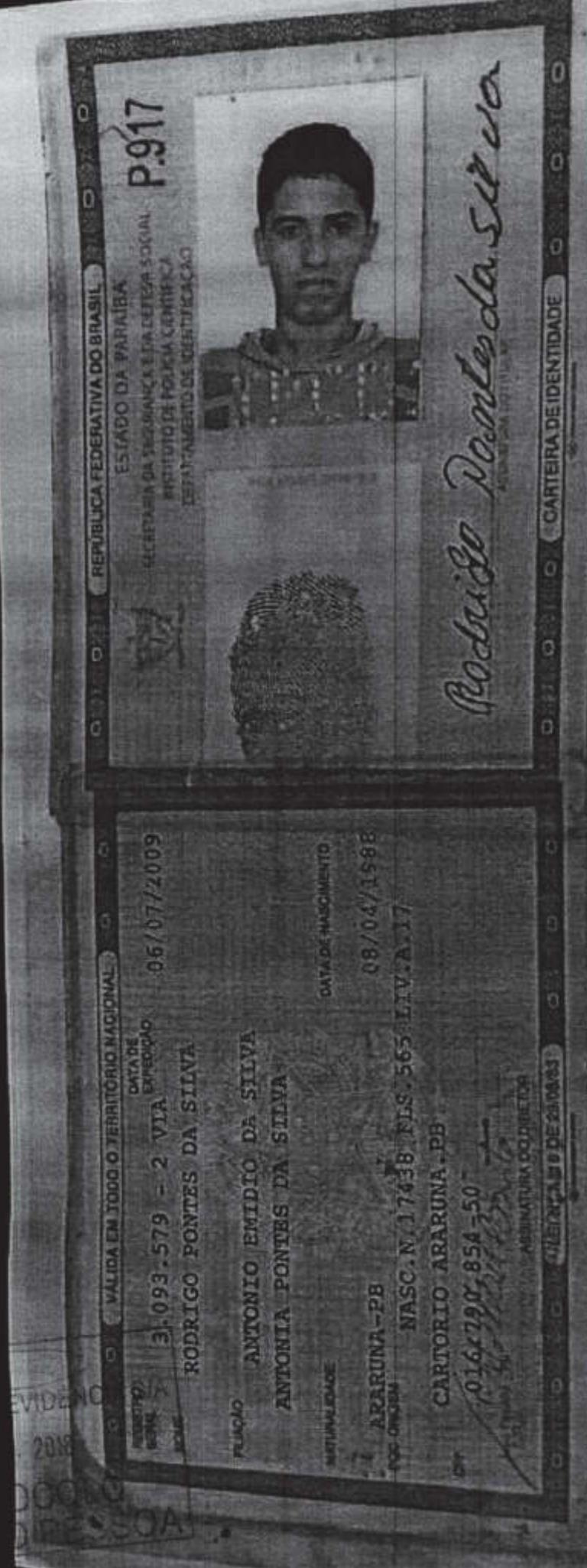
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima
reclamante do sinistro)



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.301.842	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/12/2014
NOME			
MAURÍCIO LOURENÇO DA SILVA			
FILIAÇÃO		JOSEFA LOURENÇO DA SILVA	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
CACIMBA DE DENTRO-PB		04/02/1963	
DOC. ORIGIN		NASC. N. 7729 FLS. 137 LIV. 8	
CARTORIO CACIMBA DE DENTRO-PB		710.266.824-44	
LEI N° 7.118 DE 29/08/83			
(S) MARCOS ALVES			





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 9049677563
DATA 20112300002894-5

VIA COD. RENAVAM NITRC EXERCÍCIO
1 79599814-7 00/00000000 2011

NOME
JOSE EDER DE LIMA TAVAREAS

CPF/CNPJ
09821113478

PLACA
MO00149/PB

PLACA ANT./UE
NOVO PB CHASSI
9C2JC30103R153521

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 TITAN KS 2002 2003

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

I	P	V	A	COTA UNICA IPVA PAGO EM	VENC. COTA UNICA 15/08/2011	VENC/COTAS 1 ^a
				FAIXA IPVA *****	PARCELAMENTO/COTAS 0	2 ^a
						3 ^a

PRÉMIO TARIFÁRIO IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 15/08/2011

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0.

CAÇIMBA DE DESENHO-PB

33987



DATA
24/08/2011

40563

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES SE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS E TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2011

CPF / CNPJ
09821113478

PLACA
MO00149/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563

EXERCÍCIO
2011 DATA EMISSÃO
24/08/2011

VIA CPF / CNPJ
1 09821113478

PLACA
MO00149/PB

RENAVAM MARCA/MODELO
795998147 GAS HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. CAT TARIF.
2002 9 9C2JC30103R153521

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
0,	0,	0,

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
0,	0,	PAGO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
40568-1208401-20110824

MEZ-2010

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180367514 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE(FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(TCE).
TRATAMENTO CIRÚRGICO(COMPLEXO ZIGOMÁTICO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180367514 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE(FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(TCE).
TRATAMENTO CIRÚRGICO(COMPLEXO ZIGOMÁTICO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



fuselha
Alôrnia Magda G. de Sousa Silva
Escrevente Autorizada



SERVÍCIO REGISTRAL E NOTARIAL GOMES DE SOUZA
 Serviços: Serviço de Registro, Ofício e Testemunha - Gerência Distrital de Administração e Suporte - Centro Regional de Cacimba de Dentro - PB.
 Cidade: Cacimba de Dentro - PB - CEP: 58.300-000 - Fone: (83) 3379-1003 / Fax: (83) 3379-1003

AUTENTICAÇÃO
 Autêntico a presente cópia reprográfica extraída desta serventia, que confere com o original. Irm. fó.
 Cacimba de Dentro, 29 de dezembro de 2017. Eu test.
fuselha
 Alôrnia Magda Gomes de Souza Silva (Escrevente autorizada)

Valor total R\$ 3,00
 Válido somente com o selo AFK90295-C2GR

Alôrnia Magda G. de Sousa Silva
 Escrevente Autorizada.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
 09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO

Tipo Normal A

Procuração

AFK90295-C2GR

Confira os dados do ato em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos R\$: 92,32

FARPEN R\$: 10,02 FEPJ R\$: 18,47



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LIVRO 56

FOLHA 133V



GOMES DE SOUZA SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL

CNPJ/MF 09285784000116

Cacimba de Dentro - PB - OFÍCIO ÚNICO

Genivaldo Gomes de Souza

Tabelião

Geovânia Oliveira de Alcântara e Souza Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva

Sheila Cristina Paulino Gomes

Substitutos

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que fazem:
MAURÍCIO LOURENÇO DA SILVA como OUTORGANTE e RODRIGO PONTES DA SILVA como OUTORGADO.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que a(s) 29 dia(s) do mês de dezembro do ano de 2017, nesta cidade de Cacimba de Dentro, Estado do Paraíba, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu como OUTORGANTE MAURÍCIO LOURENÇO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 4.301.842-SSP/PB, CPF nº 710.266.824-44, residente e domiciliado no sítio Lagoa Salgada, neste município de Cacimba de Dentro-PB, reconhecido como o próprio por mim Escrevente Autorizado(a) pelos documentos originais a mim apresentados, bem como, reconheço a capacidade para o ato pelas respostas dadas às perguntas que lhe fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui PROCURADOR RODRIGO PONTES DA SILVA, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG nº 3.093.579-2^a VIA-SSP/PB, CPF nº 016.790.854-50, residente e domiciliado no sítio Lagoa Salgada, neste município de Cacimba de Dentro-PB, a quem concede PODERES A QUEM CONCEDE PODERES PARA O FIM ESPECIAL DE REQUERER JUNTO A SEGURADORA LIDER E CONAPP - CIA NACIONAL DE SEGUROS S.A. INTEGRANTE DO CONVÉNIO SEGURO DPVAT, O PAGAMENTO DO SINISTRO, QUE VITIMOU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO O(A) SR.(A) MAURÍCIO LOURENÇO DA SILVA, PODENDO O(A) DITO(A) PROCURADOR(A), REPRESENTAR O (A) OUTORGANTE COMO SE O (A) PRÓPRIO(A) FOSSE, PODENDO REQUERER, ASSINAR RECIBOS, ASSINAR AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT, RECEBER ORDEM DE PAGAMENTO EMITIDA PELA FENASEG A BANCO DO BRASIL-S/A, AGÊNCIA: 1942-9 - CONTA POUPANÇA: 7.029-7, PARA O PAGAMENTO DE QUITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT, RECEBER E DEPOSITAR O VALOR RECEBIDO, DAR QUITAÇÃO, ENFIM REQUERER E ASSINAR TODOS OS PAPEIS E DOCUMENTOS QUE FOREM PRECISOS, E PRATICAR TODOS OS DEMAIS ATOS NECESSÁRIOS PARA O MAIS AMPLO E FIEL CUMPRIMENTO DO PRESENTE MANDATO. DECLARO NÃO HAVER IML NESTA CIDADE. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. As: a rogo pelo outorgante, CLAUDIO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 2.242.912 SSP/PB, CPF nº 038.048.504-48, residente e domiciliado na Rua Capitão Pedro Moreira, nº 287, centro, nesta cidade de Cacimba de Dentro-PB. Eu Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva, Escrevente Autorizado(a), subscrecio *Assinatura* ~~COMPROVANTE~~ ~~SEGURADORA LIDER~~ ~~CONAPP~~ ~~Assinatura~~ ~~em~~ ~~verdade.~~ ~~Dou~~ ~~fé.~~ Cacimba de Dentro, 29 de dezembro de 2017. Esta conforme original. Trasladada hoje.



Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva
Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva
Escrevente Autorizado(a)

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL QUALQUER DOCUMENTO ASSINADO COM ESTE DOCUMENTO

Rua: Getúlio Vargas, 03, centro - Cacimba de Dentro-Paraíba - Fone: 83 3379-1003 / Fax: 83 3379-1003

Nº 505210 R

Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290917/18

Número do Sinistro: 3180367514

Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

CPF: 710.266.824-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2017

Titular do CPF: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RODRIGO PONTES DA SILVA : 016.790.854-50

Declaração Circular SUSEP 445/12

Procuração

MAURICIO LOURENCO DA SILVA : 710.266.824-44

Comprovante de residência

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2018
Nome: RODRIGO PONTES DA SILVA
CPF: 016.790.854-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

RODRIGO PONTES DA SILVA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA