



Confirma Dados?

BANCO: 0001
 AGÊNCIA: 01942
 CONTA: 000000000029-7
 FAVORECIDO: MAURICIO LOURENCO SILVA
 VALOR DEPOSITO: R\$10.00

Rede Mais Voce

Via Cliente
 COMERCIAL OLEGIARIO
 Pos: 72752001 LI:117 Doc:22 Oper:172752
 19/12/18 15:00:42

CUBAN:072752 L.D.N:0001 PUV:000001
 19/12/2018 BANCO DO BRASIL 16:00:44
 194275201 CORRESPONDENTE BANCARIO 0063
 COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
 EM DINHEIRO

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

VARCADA POUPANCA	51
DATA	19-12-2018
NR. DOCUMENTO	19.427.275.200.063
VALOR DINHEIRO	10.00
VALOR TOTAL	10.00

NR. AUTENTICACAO 9.952.062.8CE.7F5.1A9

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
 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

Carta nº 13224878



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



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

710.266.824-44

Maurício Lourenço da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maurício Lourenço da Silva	710.266.824-44	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Sítio Várzea Solgada	50	
Bairro	Cidade	Estado
Zona Rural	Acimonda de Dentro	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58.230-000	(83) 98769-6065

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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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 7029

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.

São Paulo, 03 de Abril de 2018

Local e Data

Rodolfo Pontes do Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CPF	Nome	Agência	Conta
710.266.824-44	MAURICIO LOURENCO DA SILVA	1942-9	7.029-7
Conta conjunta	Solidariedade	Ord. assinaturas	Data
Não	Solidária	1	22/12/2017



Mod. 0.50.235-5 - Jul/2014 - SISBB 14204 - jv

Funcionário

Cliente

POUPANÇA

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

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 Dezesete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de Polícia Civil, aí 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

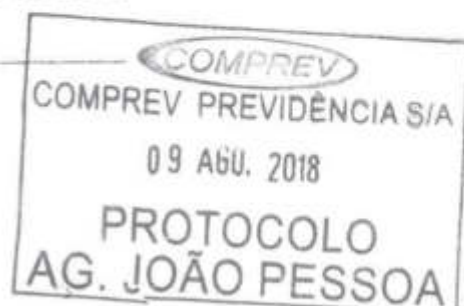
HISTORICO

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 (a) noticiante

Evangelista Anyta Luna
Escrivão Ad-Hoc, Matr 137.334.0



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 interdita 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

Maurício Mourão 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 atenda 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 51º 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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 01 de agosto de 2018

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 interdita 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

Maurício Mourão 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 atenda 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 51º 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
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 01 de agosto de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ata declaratória



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os fins de direito que o paciente o Sr.(a) mauricio joaquim da silva, portador do RG n° 430.1842 SSP-PB, inscrito no CPF n° 710.266.824-44, com Cartão Nacional de Saúde (CNS) n° _____, residente na rua rua joaoa salgado, n° _____, no município de Pac. de Winto, foi atendido por esse serviço de saúde (Serviço Atendimento Móvel de Urgência SAMU/Araruna/PB), no dia 30 / 06 / 2017 as 18:05, pela equipe composta pelo médico o sr(a) _____, Enfermeira a Sr(a) rodrya, técnica de enfermagem a Sr(a) mauriline e condutor o Sr(a) Jamilson; vítima de acidente de trânsito.

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

Araruna/PB 28 / 06 / 17;

Thais Laureana 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

JOSEFA MARIA DA SILVA
RIT LAGOA SALGADA, S/N - AREA RURAL
CACIMBA DE CENTRO / PB CEP: 59.200-000 (AG: 03)

Cidade/Subs: RES. DENCIAL / BARRAGEM MONOFASICA
Roteiro: E-48-581-8140 Referência: Jul/2017
Nº medidor: 0000073345 Emissão: 13/07/2017

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade/Endereço: 2140 Press. da RPB CEP: 08075-490
CNPJ: 09.006.102/0001-40 Imp. Est. 16.016.623-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: NFD 443 907
Código para Débito Automático: 00010443810

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul/2017	12/07/2017	14/08/2017	2067014463 Imp. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1044381-0

Canal de contato
A Tarifa Social de Energia Elétrica (TSSE) foi instituída pelo
Art. 439 da Lei nº 10.097 de 2000.
Prezado Cliente,
A partir de setembro, as contas de energia terão um novo layout 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 paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nos
valores finais pagos pelos clientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
16/06/17	4185	12/07/17	4801		48	30

Demonstrativo		Consumo		Tarifa		Impostos		Outros	
CC - Descrição	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
0001 Consumo até 30 kWh - BR	10.000 a 10.000	4,59	45,90	0,00	4,59	0,00	0,00	4,59	0,00
0001 Consumo - 31 a 100 kWh - BR	10.000 a 10.000	4,20	42,00	0,00	4,20	0,00	0,00	4,20	0,00
0001 Adc. 3ª Amarela		0,14	0,14	0,00	0,14	0,00	0,00	0,14	0,00
0010 Subtotal		12,35	12,35	0,00	12,35	0,00	0,00	12,35	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0908 Desenvolvimento		11,90	11,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item: TOTAL 9,48 0,00 0,00 21,24 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	43	43	47	52	45	46	51	48	53
Jun/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Sep/16	ago/16	Jun/16

vivo

Nº da Conta: 0312725795
Mês de vencimento: 06/2018
Parâmetros: 82782018 e 001002018
Data de emissão: 04/06/2018

www.vivo.com.br/meuvivo

Fax: (0800) 0800000
Tudo no site: www.vivo.com.br/meuvivo

Vivo Brasil S.A.
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 475 - Sala 201
CEP: 54090-000 - João Pessoa - PB
IE: 16.136.900-2
CNPJ: 07.048.102/0001-42
CNP: 14.048.102/0001-42

CLAUDIO DOS SANTOS
RUA CAETANO PEDRO MOREIRA, 267
CENTRO
58230-000 - CACIMBA DE DENTRO - PB

Vencimento
17/06/2018

Total a Pagar - R\$
45,89

Seus Números Vivo
83-98122-0771

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento de sua conta.

Apesar de informações referentes ao Vivo
Vivozero.

O que está sendo cobrado	Quantidade de Planos/Pacotes	Quantidade de Números Vivos	Valor R\$ Plano/Pacote	Inscrição Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
Vivo Móvel						30,99
VIVO CONTROL DIGITAL 300 K.M	1	1	30,99			30,99
Serviço Telefonia Data						
Subtotal						14,00
Serviços de Terceiros Telefonia Data	1	1	14,00			14,00
VIVO CONTROL SERVIÇO DIGITAL 8						
Subtotal						0,90
Outros Lançamentos						0,90
Geoposicionamento						0,90
Subtotal						0,90
TOTAL A PAGAR						45,89

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser acessado impresso, de forma permanente na tela.

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.

Aos serviços de terceiros são cobradas as tarifas de acesso de terceiros. O pagamento desta conta não implica em qualquer desconto ou abatimento. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão por inadimplência dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em juros futuros.

vivo

Nome do Cliente
CLAUDIO DOS SANTOS

CNP: 07.048.102/0001-42

Nº da Conta: 0312725795

546500000001

458902900018

103127257956

061801006176

Autenticação Mecânica

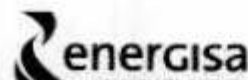
1665 Referência: 09/2018
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Forma para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 013.864.849



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 06.906.183 / 0801-48 Insu.Reg. 16.016.233-0

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA MARIA DA SILVA
SIT LAGOA SALGADA S/N
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



DEVIDOR(A)

JOSEFA MARIA DA SILVA

Roteiro: 06-049-061-6140

83620000000-5 12000054000-1 10443812018-0 10900049019-2

VENCIMENTO

19/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 12,00

MATRÍCULA

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

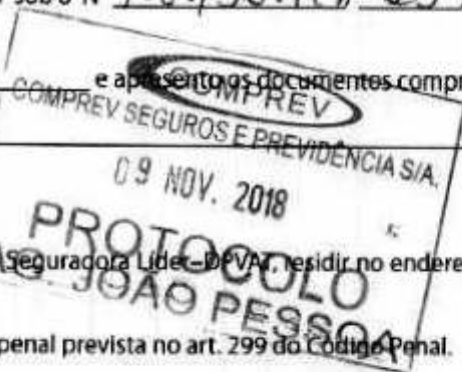
Pelo exposto, eu Raulino Inacio Norte inscrito (a) no CPF/CNPJ 087.007.694 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Camilo de Brito Boldrino inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.156.714 / 23 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Camilo de Brito Boldrino, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço <u>Av. Dionsio Puxato - Park Ville Q. 27 L. 17</u>		Número <u>5000</u>	Complemento <u>lote 1</u>
Bairro <u>Servilão</u>	Cidade <u>Campinas Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.434.500</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>83.98691.0886</u>

R. Frank PB, 09 de novembro de 2016
Local e Data

Raulino Inacio Norte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Eder de Lima Tavares

RG nº 3066096

data de expedição 29/09/02

Órgão SSP-PB

portador do CPF nº 098.211.134-78

com

domicílio na cidade de Calumbá de Dentro

no Estado de

Pernambuco

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Lagoa Solgada

nº 511

complemento

lagoa

declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo

mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido

com a vítima Mauro Henrique da Silva, cujo o condutor era

Rodrigo Pentes da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 125 Titan RS

Ano: 2002.2003

Placa: M00-0149-PB

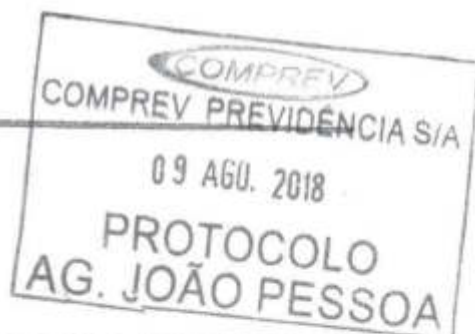
Chassi: 962.4C3.010.3R1.53521

Data do Acidente: 30.06.2017

Local de Data: Calumbá 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 CACIMBA DE DENTRO-PB DATA DE NASCIMENTO 04/02/1963

DOC ORDEM NASC.N. 7729 FLS. 137 LIV. 8

CARTÓRIO CACIMBA DE DENTRO-PB

710.266.824-44

LEI Nº 7.116 DE 29/08/85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARANÁ

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-049



NÃO ALFABETIZADO(A)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO, 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

EVIDENCIA
2018
DOSSIER
Pessoa

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.093.579 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 06/07/2009

RODRIGO PONTES DA SILVA

FLUXO ANTONIO EMÍDIO DA SILVA
ANTONIA PONTES DA SILVA

NASC. N. 17438 PLS. 565 LIV. A. 17 DATA DE NASCIMENTO 08/04/1988

ARARUNA-PB
CARTORIO ARARUNA-PB

0168790854-50

ASSINATURA COORDENADOR

06/07/2009

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
DEFATAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.917



Rodrigo Pontes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 9049677563

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: PBT 20112500002894-5 EXERCÍCIO: 2011

NOME: JOSE EDER DE LIMA TAVAREAS

CPF/CNPJ: 09821113478

PLACA: MOO0149/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB

CHASSI: 9C2JC30103R153521

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB: 2002 ANO MOD: 2003

CAP/POT/CIL: 2 P/124 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: IPVA PAGO EM 15/08/2011

VENC./COTAS: 1º

FAIXA IPVA: PARCELAMENTO/COTAS: 0

2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 15/08/2011

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CALCUBA DE DENTRO-PB

33987

DATA: 24/08/2011

40563

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2011

CPF/CNPJ: 09821113478

PLACA: MOO0149/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563

EXERCÍCIO: 2011 DATA EMISSÃO: 24/08/2011

VIA: COD. RENAVAM: PBT 20112500002894-5 EXERCÍCIO: 2011

PLACA: MOO0149/PB

RESERVA: 795998147 GAS MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB: 2002 CAT. TARIF.: 9 Nº CHASSI: 9C2JC30103R153521

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 0, DENATRAM (R\$): 0, CUSTO DO SEGURO (R\$): 0,

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

PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 15/08/2011

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
 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 MENDONÇA

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

Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Aldrina Magda G. de Sousa Silva
 Escrevente Autorizada



GS SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL GOMES DE SOUZA
 Gerência: Gomes de Souza - Distrito: Paraíba - Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Fone: (33) 3379-1003 - E-mail: gomesdesouza@pb.jus.br

AUTENTICACAO
 Autentico a presente cópia reprográfica extraída desta serventia, que confere com o original. Dou fé.
 Cacimba de Dentro, 29 de dezembro de 2017. Eu test.
 da verdade.
 Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva (Escrevente autorizada)
 Valor total R\$ 3,05
 Válido somente com o selo A0859968-0AK2

Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Aldrina Magda G. de Sousa Silva
 Escrevente Autorizada

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 09 AÇO. 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

Tabellão

Geovânia Oliveira de Alcântara e Souza

Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva

Shella 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(os) 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 3.093.579-2ª 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 CONVÊNIO 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), subscrevo *[assinatura]* em público e raso com sinal que uso. Em testemunha da verdade. Dou fé. Cacimba de Dentro, 29 de dezembro de 2017. Este conforme original. Traslada hoje.**



[assinatura]
Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva
Escrevente Autorizado(a)

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

NR 505010 D

Aldrina Magda G. de Sousa Silva
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
NOV 2017

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

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

RODRIGO PONTES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA