

---

**Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190254615**

**Vítima: MARIA DE LOURDES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 10/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DE LOURDES DE SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190254615  
Vítima: MARIA DE LOURDES DE SOUSA  
Data do Acidente: 10/10/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE LOURDES DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190254615**

**Vítima: MARIA DE LOURDES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 10/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA DE LOURDES DE SOUSA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 025 267 844-33 Nome completo da vítima: Maria de Lourdes de Sousa

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria de Lourdes de Sousa CPF: 025.267.844-33  
Profissão: cozinheira Endereço: Rua do Lago de Sousa São João Número: 51 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: zona Rural Cidade: Pimenta do Indaiá Estado: PR CEP: 58755-000  
E-mail: maria\_cobertura@gmail.com Tel.(DDD): (81) 3846-1036

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

### RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3457 6 CONTA: 02003708   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Pimenta do Indaiá PR 02/04/2018  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Lourdes de Sousa  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
02 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Conte





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



### C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº 564/2018, LIVRO nº 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, GUTENBERG

JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

DATA: 31 de outubro do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 10h50min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Noticiante: MARIA DE LOURDES DE SOUSA

Estado civil: Solteira RG: 1.958.237-2 via SSDS/PB CPF: 025.267.844-33

Sexo: Feminino Nascimento: 28.02.1977 Idade: 41 anos

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultora Alfabetizado: Sim

Filiação: José Domingos de Sousa e Rita Olívia de Sousa

Endereço: Povoado Lagoa de São João, Zona Rural, Princesa Isabel/PB.

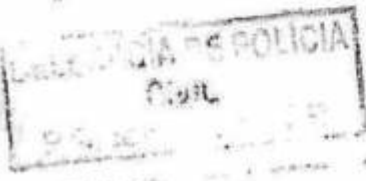
### NARRATIVA

QUE no dia 10.10.2018, por volta das 17h30min, quando se encontrava parada sobre sua motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS, Cor Vermelha, Ano 2007/2008, Placa KLH 7660/PE, Chassi 9C2KC08108R035771, foi abalroada por uma outra motocicleta de placa não anotada, vindo a cair ao solo; QUE foi socorrida e encaminhada para o hospital Regional de Princesa Isabel/PB (HRPI); QUE sofreu queimadura de 2º grau na perna esquerda.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 293, do C.P.S. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos).

Notificante Maria de Lourdes de Sousa

[Assinatura] 155.680-1





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 025 267 844-33 Nome completo da vítima: Maria de Lourdes de Sousa

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria de Lourdes de Sousa CPF: 025.267.844-33  
Profissão: cozinheira Endereço: Rua do Lago de Sousa São João Número: 511 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: zona Rural Cidade: Pimenta do Indaiá Estado: PB CEP: 58755-000  
E-mail: marcelacosta@gmail.com Tel.(DDD): (81) 3846-1036

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

### RENDA MENSAL:

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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3457 6 CONTA: 02003708   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

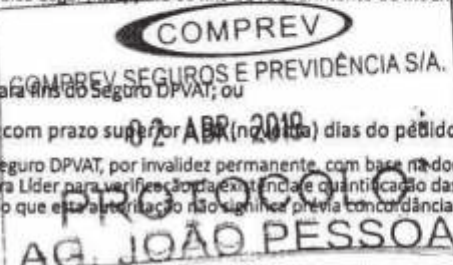
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Pimenta do Indaiá PB 02/04/2018  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Lourdes de Sousa  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

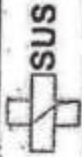
### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





HOSPITAL REGIONAL  
Dep. José Pereira Lima  
PRINCESA ISABEL-PB

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2321637 CNPJ: 08.778.269/0039-33  
NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL  
ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL  
CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: CONSULTA  
Paciente: MARIA DE LOURDES DE SOUSA  
Mãe: RITA OLÍVIA DE SOUSA  
Pai: JOSE DOMINGOS DE SOUSA  
Nascimento: 28/02/1977 Idade: 41 Cor: PARDA Sexo: F  
Profissão: AGRICULTOR(A) Num.: SN Fone: (83)9985-9747  
Endereço: SÍTIO LAGOA DE SÃO JOÃO  
Bairro: ZONA RURAL  
Cidade: PRINCESA ISABEL - PB - 58755-000 - 2512309  
Naturalidade: PRINCESA ISABEL - PB  
CNS: 704-6086-8986-6827 Reg. Nasc.: 1959237SSDSPB  
CPF: 10/10/2018 17:47:07 Recepcionista: LINDAURA  
Data / Hora: 10/10/2018 17:47:07 Ficha Número: 100507 26665

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS  
Deposito de 1 AD EV  
Deposito de 1 AD EV

01 - ELETIVO  
02 - URGÊNCIA  
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITO  
Curativo e Sulfadiazina de Procto

DIAGNÓSTICO  
Chlamydia 28 dias

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO				INTERNAÇÃO	
1. PRESCRITA	2. ADEQUADA	OBSERVAÇÃO	OUTRO HOSPITAL	RESIDÊNCIA	ÓBITO		OUTROS
3	0	0	0	0	0	0	1
4	0	1	0	1	0	0	1
5	0	0	0	0	0	0	1

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO  
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos  
Thiago B. do Nascimento  
MÉDICO  
CREMEC 10.597  
Médico / Cms / Cns  
THIAGO BRITO DO NASCIMENTO - 19597-CE - 111-1111-1111-1111  
CBO  
225125  
Polígrafo Direto

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo  
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

PESO: PA: TEMP.:  
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)  
Presença de sintomas de malária  
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)  
RESULTADOS  
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CAMPOS BARROS  
RUA CEL. MARCO ANTONIO, 23 - CENTRO - CEP: 53010-000 - FONE: (51) 340.0000  
PRINCIPAIS ISABEL - PB  
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original  
apresentado. Em testemunho da verdade,  
Princesa Isabel - PB 31/10/2018 11:08:10  
Márcia Rodrigues dos Santos - Escrevente  
[2018-003455] ENUL:RS 2.37 FARPEN:RS 0.20 FEP:RS 0.47  
SELO DIGITAL: 88A68616-6896  
Confira a autenticidade em https://belodigital.Maria Rodrigues dos Santos - Escrevente



JOSE DOMINGOS DE SUZA  
LOC POV LAGOA DE SAO JOAO, S/N - AREA RURAL  
PRINCESA ISABEL / PE CEP: 56755-000 (AQ: 155)

Emissão: 29/05/2018 Referência: Mai/2018  
Classe/Serviço: RESIDENCIAL/BANCA RENDA MONOFÁSICO 220, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-400  
Roteiro: 17 - 165 - 178 - 1940 Nº medidor: 0000990786

**Energisa**

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.095.193/0001-40 - Insc. Est. 16.915.923-0

Meta Fixa / Conta de Energia Elétrica Nº 007 271.628  
Cód. para Dis. Automática: 000046 18528

Atendimento: 0800 083 0196

Contabilização	Apresentação	Período de Cobrança	Nº da Conta
Mai/2018	29/05/2018	28/06/2018	33894990406

Unidade Consumidora: 5746

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Baixe o aplicativo Energisa CN em qualquer smartphone ou tablet.  
Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre a tarifa de energia e diversos outros serviços.  
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

Antigo	Novo	Antigo	Novo	Contagem	Contagem
27/04/18	25	29/05/18	78	53	32

Demonstrativo

CCF	Descrição	Valor Total (R\$)	CMR (R\$)	CMV	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)	PM (R\$)
0801	Consumo de 20AWh-BR	30,500	0,238970	7,10	7,10	25	1,77	1,10	0,04
0801	Consumo - 31 a 100AWh-BR	23,000	0,408230	9,34	9,34	25	2,33	6,34	9,08
0801	Adic. B. Amarela			0,29	0,29	25	0,07	0,79	0,01
0810	Subsídio			20,59	20,59	25	5,18	10,59	3,13
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0903	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 03/2018			0,08	0,08	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 03/2018			0,18	0,30	0	0,00	0,00	0,00
0908	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	Reajuste Subsídio			-14,73	-0,00	0	0,00	0,00	0,00
CCF Código de Classificação do item TOTAL									
				29,59	37,32		9,33	37,32	0,33

VENCIMENTO 06/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 29,59

Histórico de Consumo (kWh)											
35	27	40	35	38	48	35	48	43	42	40	37
Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

RESERVADO AO FISCO 90f09e80.120b.52a6.fb90.0815.7119.a590.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limite de Anel	Aprovado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG TRIMESTRAL	28,34		NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia	4,43	15,13
DIG ANUAL	52,88			Cobrança de Energia	5,66	19,13
FG TRIMESTRAL	7,37	0,00	CONTRATADA	Serviço de Transmissão	0,69	2,32
FG ANUAL	15,94		UNITE INFERIOR	Encargos Setoriais	1,24	4,19
DMC	7,30	0,00	UNITE SUPERIOR	Impostos Diretos e Encargos	17,72	59,85
PMI	16,20			Outros Serviços	0,00	0,00
				Total	29,59	100,00

Valor de BUSTO (Ref. 5/2018) R\$ 4,10

COMPREV

RESEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AC  
JOÃO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**TIM**  
**BLACK**



~~~~~

CTC RECIFE PE PL5

CTG RECIFE PE PLB  
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
RUA PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 124 -  
ESCRITORIO  
CENTRO  
56870-000 TRIUNFO PE



Venha para a Conta Digital e tenha 500 MB de Bônus toda mês.



7214048718 44717 00000005511 30 281118

Id.: 829499 - Email: 00908 / 001025 - TMA\_FAT7002201011\_NDOC10F\_003\_Nacional



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Heroldo Miguello de Carvalho Inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de Lourdes de Sousa Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025267844 / 33 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Maria de Lourdes de Sousa, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025267844 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Renda Informal e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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.

|                                      |                       |                                               |                        |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|------------------------|
| Endereço <u>Rua 15 de Novembro</u>   |                       | Número <u>124</u>                             | Complemento            |
| Bairro <u>Centro</u>                 | Cidade <u>Triunfo</u> | Estado <u>PE</u>                              | CEP <u>56.870-000</u>  |
| Email <u>hmc.advocacia@gmail.com</u> |                       | Telefone comercial(DDD) <u>(87) 3846-1036</u> | Telefone celular (DDD) |

Triunfo/PE, 02 de Abril de 2019  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-900



*Maria de Lourdes de Sousa*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 ABR. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.958.237 -2 VISAÇÃO 12/03/2014

NOME MARIA DE LOURDES DE SOUSA

FILIAÇÃO JOSE DOMINGOS DE SOUSA  
RITA OLÍVIA DE SOUSA

NATURALIDADE PRINCESA ISABEL - PB DATA DE NASCIMENTO 28/02/1977

DOC ORGEM NASC. N. 7.857 FLS. 173V LIV. A-09  
CARTÓRIO PRINCESA ISABEL - PB

CPE 025.267.844-33

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 06549661

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSOCIADA DO PORTADOR

06549661



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO

FILIAÇÃO  
RAFAEL LUIZ DE CARVALHO  
INELIA MARIA MAGALHÃES DE CARVALHO

NATURALIDADE  
SERRA TALHADA-PE

NO  
8822947 - ODG/PE

DATA DE NASCIMENTO  
13/01/1984

CPF  
041.542.024-06

DATA DE EXERCÍCIO  
01/10/2007

ASSINATURA

25252-0

MEMBRO DO CONSELHO SECCIONAL

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: MARIA DE LOURDES DE SOUSA**, brasileira, solteira, agricultora, portador da Cédula de Identidade nº 1.958.237- 2º via SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 025.267.844-33, residente e domiciliado no Povoado Lagoa de São João, Zona Rural, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **MARIA DE LOURDES DE SOUSA**.

Princesa Isabel/PB, 01 de Novembro de 2018.

  
Cartório Campos Barros

*Maria de Lourdes de Sousa*  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 ABR. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BARROS"**  
RUA CEL. MAR. OLINDO, 222 - CENTRO - CEP: 58.755-000 - FONE: (87) 3846.1036  
PRINCESA ISABEL - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
MARIA DE LOURDES DE SOUSA.....  
Em test.de verdade. Princesa Isabel/PB 05/11/2018 10:28:53  
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente  
CPF: 025.267.844-33 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,70  
SELO DIGITAL: AHS2B403-ADUU  
Confira a autenticidade em <https://sindicital.tpb.jus.br>

*Marta Rodrigues dos Santos*  
Escrevente



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0113200/19

**Vítima:** MARIA DE LOURDES DE SOUSA

**CPF:** 025.267.844-33

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/10/2018

**Titular do CPF:** MARIA DE LOURDES DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARIA DE LOURDES DE SOUSA : 025.267.844-33

Autorização de pagamento  
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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 02/04/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2019  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE