

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

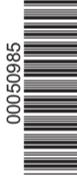
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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:	Nome completo da vítima:	
	025 267 844-33	Maria de Lourdes de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: Maria de Lourdes de Souza		CPF: 025.267.844-33	
Profissão: agricultor	Endereço: Povoado Lugar de Souza São João	Número: 5W	Complemento:
Bairro: Terra Rural	Cidade: Pimenta Bela	Estado: PB	CEP: 58755-000
E-mail: lourdes.sousa@gmail.com	Tel.(DDD): (83) 3846-1036		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa alteração não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 ABR 2018

PRO. 00001000

AG. JOÃO PESSOA

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Bela/PB 02/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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, antes do preenchimento 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

 Bradesco

6504 95000
1000000000000000
MÁXIMA

com
m



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



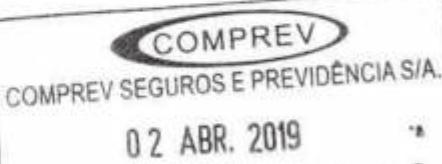
C E R T I D Ã O

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, GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

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

HORA: 10h50min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB



PROTÓCOLO
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 Olivia de Sousa

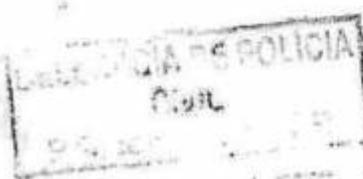
Endereço: Povoado Lagoa de São João, Zona Rural, Princesa Isabel/PB.

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 (cinco) anos).

Notificante Maria de Lourdes de Sousa



Jun 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:	Nome completo da vítima:		
	025 267 844-33	Maria de Lourdes de Souza		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: Maria de Lourdes de Souza			CPF: 025.267.844-33	
Profissão: agricultor	Endereço: Povoado Lagoa de Souza Sítio Jardim	Número: 5W	Complemento:	
Bairro: Terra Rural	Cidade: Pimenta Bela	Estado: PB	CEP: 58755-000	Tel.(DDD): (83) 3846-1036
E-mail: lourdes.sousa@gmail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3457 CONTA: 0203708
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

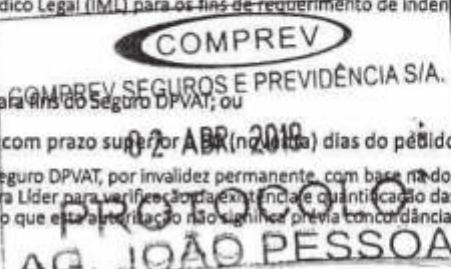
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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 60 (sessenta) 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 Lider 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 assinatura 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:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou
 nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou
 pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: <u>Pimenta Bela / PB 02/04/2019</u> Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS
		1º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura
		2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura

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

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSARIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

JOSE DOMINGOS DE SUZA
LOC POV LAGOA DE SAO JOAO, S/N - ÁREA RURAL
PRINCESA ISABEL / PB CEP: 58755-000 (AG 185)



Emissao: 29/05/2018 Referencia: Mai/2018
Endereço: Rua 20, Centro, João Pessoa / PB - CEP 58071-000
Cidade/Subsídio: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO E-210, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
Roteiro: 17 - 185 - 178 - 1940 N° medidor: 00009990788

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°007.271.833
Cód. para DBs Automáticos: 00004619526

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

contratante	Aplicativo	Data da Aplicação	DATA DA FALTA PROXIMAMENTE	CPF/CNPJ/RAM
Mai/2018	29/05/2018	28/06/2018	33894990406	Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora)

(www.energisa.com.br)
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é criada pela Lei
nº 10.428, de 29 de junho de 2002.
Basta o aplicativo Energisa CN em qualquer smartphone ou tablet.
Você terá acesso à segunda via da conta, mudanças de rotuladade,
informações sobre o fato de energia e diversos outros serviços.
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas
facilidades.

DATA	Lectura	DATA	Lectura	1	93	32
27/04/18	25	29/05/18	78			
Demonstrativo						
CCF - Código de Classificação do item						
0801 Consumo ate 204VWh-BR	30.000 0,238970	7.10	7.10 25	1.77	1.10	0,04 0,20
0801 Consumo - 31 a 100kVWh-BR	23.000 0,408130	9,34	9,34 25	2,33	6,34	0,06 0,26
0801 Adic. E. Amarela		0,29	0,29 25	0,07	0,79	0,00 0,01
0810 Subsídio		10,59	10,59 25	5,18	20,59	3,12 0,19
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	8,20	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORADA	0,08	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 03/2018	0,18	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	0,04	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 Devolução Subsídio	-14,73	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF - Código de Classificação do item TOTAL						
	29,69	37,32	9,33	37,32	0,33	1,06
VALOR MÉDIO DE CONSUMO (kWh)						
			VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR	
			06/06/2018		R\$ 29,69	

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

36		37		40		35		39		48		34		49		43		42		40		37
May/17		Jun/17		Jul/17		Ago/17		Sep/17		Oct/17		Nov/17		Dec/17		Jan/18		Fev/18		Mar/18		Apr/18

RESERVADO AG510:Be80,120b,52a6.fb90.0815.7f19.a590.

Indicadores de Qualidade		
	Limites de Aneel	Aproximação (M)
DIFERENÇA	28,34	NOMINAL
DIF. TRIMESTRAL	52,66	
DIF. ANUAL	7,31	0,00
FIC. MENSAL	15,04	CONTRATADA
FIC. TRIMESTRAL	20,21	LÍNTE- INFERIOR
FIC. ANUAL	21,88	LÍNTE- INFERIOR
DIFIC.	7,30	0,00
DIFIC.	16,50	

Composição do Consumo Diferenciado	Valor (R\$)	%
Geração de Dist. de Energia a P3	5,43	15,13
Consumo de Energia	5,65	16,23
Consumo de Transmissão	5,69	2,32
Consumo de Distribuição	1,24	4,18
Encargos Setoriais e Encargos Outros Serviços	17,72	59,88
Total	0,00	0,00
Total	29,69	100,00

Valor da EU90 (R\$ 0,2000) R\$ 4,18



**STIM
BLACK**

25000968



CTC RECIFE PE PL8
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
RUA PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 1
ESCRITÓRIO
CENTRO
56670-000 TRIUNFO PE



BAIXE JÁ O
APP MEU TIM



Venha para o Canto Digital e tenha 500 MB de Bônus todo mês.

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado de seguros e previdência privada, 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 falha 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.

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 9.513/98.

02 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Pelo exposto, eu Hélio Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024-156, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de Lourdes de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.267.844-33, do sinistro de DPVAT cobertura imóveis da Vítima Maria de Lourdes de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.267.849-33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Adolescente Renda: R\$ 00,00 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.

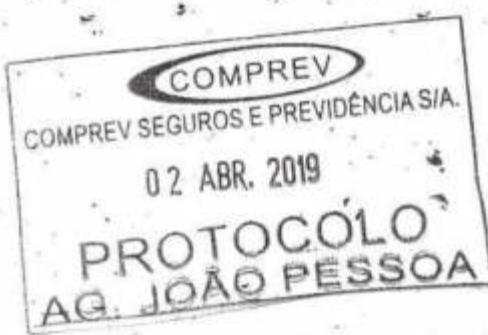
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

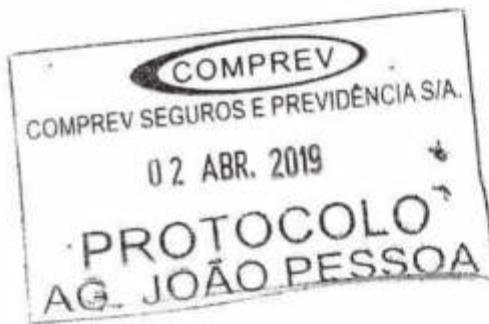
Endereço	<u>Rua 15 de Novembro</u>		Número	<u>124</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Triunfo</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>hmrc.adolescente@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(87) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)	

Triunfo/PE, 02 de Abril de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante





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.



Maria de Lourdes de Sousa
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Marta Rodrigues dos Santos
Escrivãnea

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0113200/19

Vítima: MARIA DE LOURDES DE SOUSA

CPF: 025.267.844-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/10/2018

Titular do CPF: MARIA DE LOURDES DE SOUSA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE