Comprovante de residência

energisa

GERALDO SOARES BARBOSA

0800 083 0196

Nov./2017 | 29/11/2017 | 29/12/2017 | 19346706601

UC (Unidade Consumidora): 5/1843452-2

VENCIMENTO 29/11/2017

TOTAL A PAGAR R$ 221,96

0210 2e99 a6d4 1117 2ee6 3e0f c003 2b50

ATENÇÃO

Out/17 108,81

17 JAN. 2018

Comprovante de residência

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Julho 2017	28/07/2017	30/08/2017	2583239490

UC (Unidade Consumidora): 5/1444840-1

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			

Demonstrativo

Descrição						
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Média diária mais (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
[illegible]	04/08/2017	R$ 48,33

Histórico de Consumo (kWh)

ce92 bdad 552d d0fa 1170 384f cd01 c0ef.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	48,33	100,00

ATENÇÃO

Pagamento em atraso

17 JAN. 2018

Declaração Circular SUSEP 445/12

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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[2]**.

[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 VANESSA SAMARA FERREIRA LIMA inscrito (a) no CPF/CNPJ 981.936.959 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEANDRO SOARES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 148.076.684 / 47 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEANDRO SOARES DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 148.076.684 / 47, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSOU Renda: RECUSOU e apresento os documentos comprobatórios: RECUSOU

☒ 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		Número	Complemento
RUA ALAUDE MENEZES		304	CASA
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
JARDIM	PATOS	PB	58700-000
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
VANESSA.SAMARA@HOTMAIL.COM		(83) 9 8551 1409	

PATOS-PB, 15 de JANEIRO de 2018.

Local e Data

VANESSA SAMARA FERREIRA LIMA

Assinatura do Declarante

17 JAN 2018

Declaracao do proprietario do veiculo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILDEMAR SOARES BARBOSA,

RG nº 2061 654, data de expedição 13/05/1998, Órgão SSP-DF, portador do CPF nº 724.159.911-04, com domicílio na cidade de PATOS, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA FERNANDO LEITE nº SN, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima LEANDRO SOARES DOS SANTOS, cujo o condutor era LEANDRO SOARES DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA POP 110I
Ano: 2017
Placa: QFC 2233
Chassi: 9C2JC0100HR249317
Data do Acidente: 14/09/2017
Local e Data: PATOS-PB, 15 DE JANEIRO DE 2018.

Gildemar Soares Barbosa
Assinatura do Declarante

Leandro Soares dos Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de: GILDEMAR SOARES BARBOSA
Dou fé.
Condado-PB: 15/01/2018
Selo Digital: AGE33388-ITSU
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Fábio de Castro Almeida
Oficial do Registro Civil
Fábio de Castro Almeida Filho
Escrevente
CNPJ 09.205.857/0001-12
Rua Padre Amâncio Leite, 04 Centro
58.714-000 Condado PB

17 JAN 2018

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

HRP HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

V1

REQUISIÇÃO DE PARECER

Documentação médico – hospitalar

NOME: Leandro Caetano dos Santos

DA CLÍNICA: Cirurgia Geral
A CLÍNICA: Ortopedia

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Trauma de ombro; Clavícula

Dr. Nobre Ferias
CRM-PB 10542

14/09/17
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente vítima acidente motociclístico c/ trauma no ombro

Dp de fratura Prox clavícula

Sto Cirurgia

AINH

- Seguimento ambulatorial

Alta ortopedia

Dr. Wertson J. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 5277

14/09/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

17 JAN 2018

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

HRP HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Leudson Souza dos Santos

DA CLÍNICA Cirurgia Geral ENFERMARIA
A CLÍNICA o neurologista LEITO

MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)
Paciente Ufma de trauma Grave evoluindo referido cefaléia intensa

14/09/17
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:
Dor de cabeça TCE.
No momento sem sinais neurológicos,
Acompanhar TC crânio
Controle VPM (internar 72 h)
Observação
Acompanhamento neurológico,

19/9/17
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

17 JAN 2018

Documentos de Identificação

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

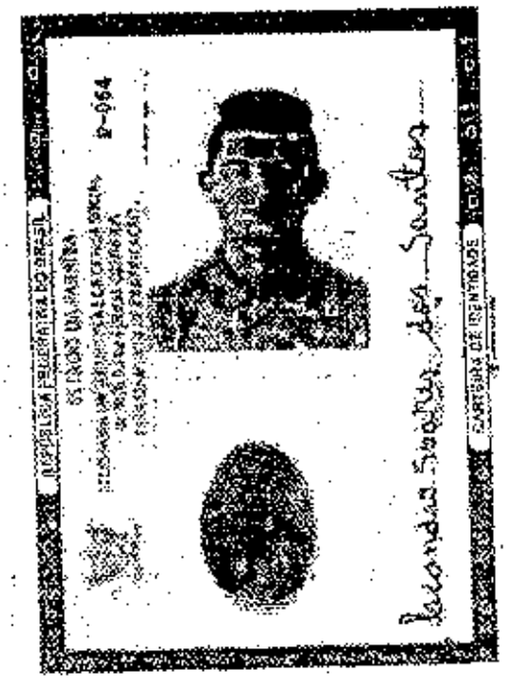
Número
148.076.684-47

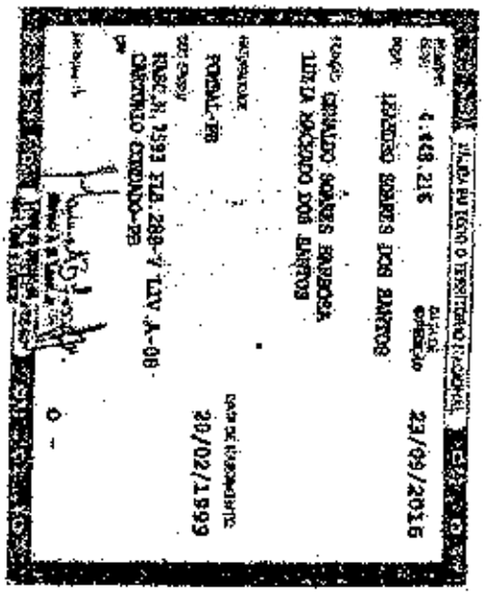
Nome
LEANDRO SOARES DOS SANTOS

Nascimento
20/02/1993

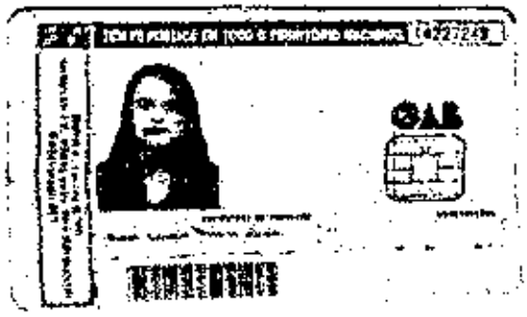
CÓDIGO DE CONTROLE
76C3.B8D2.A2AC.AF29

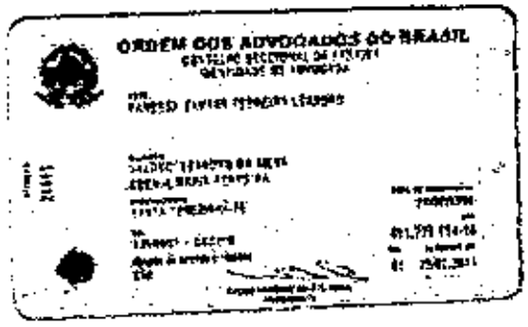
Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:42:31 do dia 28/09/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 09
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





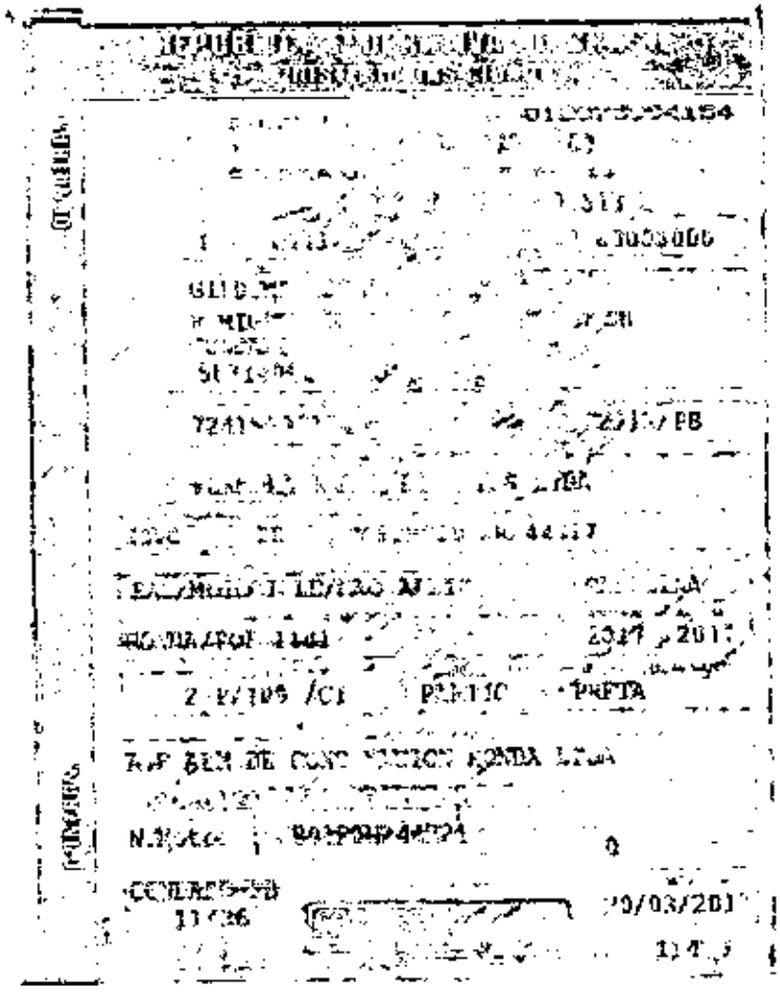
17 JAN. 2018





Documentos de Identificação

17 JAN 2018



17 JAN 2018

Procuração

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LEANDRO SOARES DOS SANTOS, inscrito no CPF/MF sob o nº 198.036.684-42 e RG 4.448.216, SSP/PB, residente e domiciliado junto a Rua MIGUEL FERNANDES TEIXEIRA, S/N bairro CENTRO, cidade de CONDADO - PB, CEP nº 58714-000.

OUTORGADA: **VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO,** brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados sob o nº 24.411, Paraíba, com escritório profissional situado na Rua Alaíde de Medeiros, S/N, Bairro Jatobá, cidade de Patos-PB, CEP 58700-970 e endereço eletrônico gambarraleandroadv@gmail.com.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados disponibilizados ao outorgante.

PATOS, PB
15 / janeiro de 2018.

Leandro Soares dos Santos
OUTORGANTE

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Leandro Soares dos Santos
Dou fé
Condado-PB: 15/01/2018
Selo Digital: AG633389-1271
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Fábio de Castro Almeida
Oficial do Registro Civil
Fábio de Castro Almeida Filho
Escrevente
CNPJ 08.205.857/0001-12
Rua Padre Amâncio Leite, 04 Centro
58.714-000 Condado PB

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180043676**
Vitima: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **14/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180043676.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180043676**
Vitima: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **14/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180043676**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180043676**
Vitima: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **14/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180043676**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180043676**
Vitima: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **14/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180043676**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180043676**
Vitima: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **14/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180043676**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

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, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180043676 **Vítima: LEANDRO SOARES DOS SANTOS**

Data do Acidente: 14/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO SOARES DOS SANTOS

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

Como o prazo de 180 (cento de 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

Carta nº 13775304

Autorização de pagamento

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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 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 da ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	148.076.684-47	LEANDRO SOARES DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: LEANDRO SOARES DOS SANTOS		CPF titular da conta: 148.076.684-47	Profissão: ESTUDO
Endereço: RUA MIGUEL FERNANDES FERREIRA		Número: S/N	Complemento: CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: CONDADO	Estado: PB	CEP: 58714-000
Email: VANESSASAMARA@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD): (83) 9851-1909

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

X 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 NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

X **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
SANTANDER	033

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
4189		60009210	1
(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 à 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.

PATOS-PB 15 de JANEIRO de 2018.
Local e Data

Leandro Soares dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017

17 JAN 2018

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204** ou **0800 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 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").

Autorizacao de pagamento

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
3380043676	148076684 47	LEANDRO SOARES DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: LEANDRO SOARES DOS SANTOS		CPF titular da conta: 148.076684-47	Profissão: REGISO
Endereço: RUA MIGUEL FERNANDES FERREIRA		Número: SN	Complemento: CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: CONDADO	Estado: PB	CEP:
Email: VANESSA SAMARA@UVC.COM			Telefone (DDD): 5834-000

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

- [x] 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 NRO. DIV (Informar dígito se existir) CONTA NRO. DIV (Informar dígito se existir)

- [x] CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: BANCO SANTANDER NRO. 033

AGÊNCIA NRO. 4184 DIV (Informar dígito se existir) CONTA NRO. 60009230 DIV 3 (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.

PATOS PB, 21 de FEVEREIRO de 2018
Local e Data

Leandro Soares dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

23 FEV. 2018

23 FEV. 2018

Autorizacao de pagamento

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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 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
3380043676	348.076.684-47	LEANDRO SOARES DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: LEANDRO SOARES DOS SANTOS	CPF titular da conta: 348.076.684-47	Profissão: RECUSO
Endereço: RUA MIGUEL FERNANDES FERREIRA	Número: SN	Complemento: CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: PORTADO	Estado: PB	CEP: 58714-000
Email: JANAINA.SAMAR@HOTMAIL.COM		Telefone (DDD): (83)8854-3409

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

- [x] 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 NRO ____ DV ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO ____ DV ____ (Informar dígito se existir)

- [x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: BRADESCO NRO: 237
AGÊNCIA NRO: 3563 DV: 6 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: 30346 DV: 9 (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.

PATOS-PB 04 de JUNHO de 2018.
Local e Data

05 JUN. 2018

Leandro Soares dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

05 JUN. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Boletim de ocorrencia

Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Polícia de Condado/PB

GOVERNO
DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 006/2018

Aos **ONZE (11)** dias do mês de **JANEIRO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Condado/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, na presença da Autoridade Policial, **BEL. JOSÉ EDSON PEDROZA MONTEIRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, e na ausência de Escrivão de Polícia, ao final assinado. Aí, por volta das 11h:16min, compareceu, brasileiro, natural de Pombal/PB, nascido aos 20/02/1999, com 18 anos de idade, agricultor, filho de Geraldo Soares Barbosa e Luzia Machado dos Santos, residente na rua Miguel Fernandes Ferreira, 495, Centro, Condado /PB, RG 4.448.216 - SSDS/PB, CPF: 148.076.684-47, Fone: 96209-3316. A fim de prestar a seguinte queixa:

QUE, em data de 14/09/2017, por volta das 11:00 horas, trafegava na sua MOTO HONDA POP 110 I, PLACA QFC-2713/PB, CHASSI 9C2JB0100HR244317, RENAVAM 01111239788-1, licenciada em nome de GILDEMAR SOARES BARBOSA, ocasião em que ao passar Na BR 230, perímetro urbano da cidade de Condado/PB, passou um cachorro na sua frente e ao tentar desviar, perdeu o controle da moto, sofreu uma queda que causou danos a sua moto e a integridade física do declarante, tais como: fratura na clavícula esquerda e outras escoriações pelo corpo, conforme prontuário nº 222178, tendo sido socorrido para o Hospital Regional de Patos/PB. Motivo pelo qual vem registrar esta ocorrência para as providencias de direito. E nada mais havendo a constar encerro o presente Boletim que, lido e achado, conforme, vai devidamente datada e assinado por este agente de investigação, pela ausência de escrivão, que o digitei. 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 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).**

Notificante: Leandro Soares dos Santos

OBS: A presente CERTIDÃO não substitui o(s) documento(s) original (is), tem como finalidade apenas a obtenção da 2ª via do(s) documento(s) junto ao(s) órgão(s) competente(s), com validade de 30 dias

Malta-PB, 11 de janeiro de 2017

APC – Ângelo Giuseppe Palmeira Gomes
Mat. 127228-5

17 JAN. 2018

Declaração de Inexistência de IML

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
LEONARDO SOARES DOS SANTOS	048.076.684-97	29/09/2017.

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	**Telefone (DDD)**
VANESSA.SOARES@HVC.COM	(083) 9.8861-1409

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:

X 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 de minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

PATOS-PB 15 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Leonardo Soares dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

17 JAN 2018

DAL-001 V003/2017

NEURO + ORTOP TOMOGRAFIA

SUS

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.286/0023/78

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: **LEANDRO SOARES DOS SANTOS**

Mae: LUZIA MACHADO DOS SANTOS

Nascimento: 20/2/1999 Idade: 18 Cor PARDA Sexo: M

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco MIGUEL FERNANDES FERREIRA Num.:

Bairro: NOVO Fone: (83)98209-2816

Cidade: CONDADO - PB - 58714-000 - 2504504

CNS: 206-9527-1223-0004 Identidade:

CPF: Reg. Nasc.:

Data / Hora: 14/9/2017 11:31:55 Recepcionista: APARECIDA

Ficha Numero: 222178 100459

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando lesão em couro cabeludo extensa e região bucal com escoriações leves

RF: BEG, BCFA, eupneico, acianótico, anictérico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Rx de crânio, Clavícula (E), Tórax PA, TC de crânio.

RESULTADOS

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

1) Sinapina local, sutura, Hemostático, curativo

2) Rx de crânio, Clavícula (E), Tórax PA

3) Colar cervical, Maca, Prancha

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 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 Descrição

Avaliação de ortopedia e neurologia

DIAGNÓSTICO

Politrauma

CID-10

MEDICAÇÃO

- 1.PRESCRITA
- 2.APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- OBSERVAÇÃO
- RESIDÊNCIA
- INTERNAÇÃO
- OUTRO HOSPITAL
- ÓBITO
- OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	2	0	6	0	1				
2 -	0	3	0	3	0	9				
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns: BRUNO NOBRE E FARIAS - 10542 - 111-1111-1111-1111 CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL: Luzia M. dos Santos. Polegar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

17 JAN 2018

12838

OBITO

Impressão de alta desativada