

28 JAN. 2019

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: 011.173.614-54 Nome completo da vítima: Francinaldo Alves de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/1012

Nome completo: Francinaldo Alves de Sousa CPF: 011.173.614-54
Profissão: pescador Endereço: Rua José Rodrigues Costa Número: 50 Complemento: _____
Bairro: Nossa Senhora Aparecida Cidade: Engenheiro Aécio Estado: Paraná CEP: 58900-000
E-mail: versandpatco@hotmail.com Tel (DDD): (85) 99813.12.46

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: _____

AGÊNCIA: 1053 0 CONTA: 292.2007 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 90 (noventa) 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai 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: Capangas - PB 28/01/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Francinaldo Alves de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

DOCUMENTO ORIGINAL

(*) 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.



Bradesco

Dia & Noite

BON - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM.064038

FRANCINALDO ALVES DE SOUZA
AGENCIA 1053 CONTA 2922007-7

10:42 HRS
28/JAN/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA POUPANCA FACIL
SD DEPOS ATE 3/5/12
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12

TOTAL DE RECURSOS

MOVIMENTACAO CONTA POUPANCA
-----DEZEMBRO/2018-----

DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
	SALDO ANTERIOR		
	-----JANEIRO/2019-----		
22	RENDIMENTOS	2205000	
	Poup Facil-Depositos Ate 3/5/12		
	SALDO TOTAL		

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Ato Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

28 JAN. 2019

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180474514

Vitima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: DAMS

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474514**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13465908



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Carta nº 13502718

A/C: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180474514 ASL-0370045/18
Vitima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA
Data Acidente: 07/07/2018
Natureza: DAMS
Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180474514

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: DAMS

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180474514

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: DAMS

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180474514

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: DAMS

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180474514

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: DAMS

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 211,10

Banco: 104

Agência: 00000040

Conta: 00000045378-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

011.173.614-54

Nome completo da vítima

Francinaldo Alves de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francinaldo Alves de Sousa		CPF titular da conta 011.173.614-54	Profissão Pescador
Endereço Rua José Rodrigues Costa		Número 5N	Complemento
Bairro N. S. Aparecida	Cidade Engenheiro Aarão	Estado Paraná	CEP 58900-000
Email veradpva@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 99813.12-66	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0053

7

2922007

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Parazurast 30 de outubro de 2018.

Local e Data

Francinaldo Alves de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº0475/2018 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRÂNSITO.**
Data do fato: 07.07.2018, Horário: 03h30min, aproximadamente.
Data de notícia do fato a Depol: 20.07.2018
SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

DECLARANTE: FRANCISNALDO ALVES DE SOUSA, com 49 anos de idade, nascido(a) em 12.09.1968, casado, pescador, CPF: 011.173.614-54, filho de Francisco José de Sousa e de Maria do Socorro Alves de Sousa, residente no Distrito Engenheiro Ávidos, Cajazeiras/PB, telefone: 3532-0068.

VÍTIMA: O DECLARANTE.

HISTORICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE informa que na data e horário acima citados o declarante, FRANCISNALDO ALVES DE SOUSA, guiava o veículo HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo 2012/2012, vermelha, placa: OFH-1775/PB, chassi: 9C2KD0550CR598882, matriculado em nome de JUCIVAN EMIDIO DE SOUSA; QUE trafegava na estrada carroçal do Distrito, quando na ponte de ferro frenou bruscamente ao desviar de outro veículo de condutor não identificado, perdendo o controle, caindo ao chão; QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento; QUE sofreu fraturas em três costelas e as consequências físicas do acidente podem ser acompanhadas nas fichas de atendimento médico-hospitalares; QUE em virtude deste fato a declarante, vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 20 de julho de 2018.

Francisinaldo Alves dos Santos

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Joabson Lins do Santos
Mat. 181.946-1



Joabson L. dos Santos
Agente Polícia Civil
Mat.: 181.946-1

POLEG
AR
DIREI
TO

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

16:32

Até

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 06.778.268/0020-23

ENDEREÇO: TABELÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

NOME: Francinaldo dos Santos **PACIENTE** SEXO: M IDADE: 49

PROFISSÃO: Prescritor DOCUMENTO: _____

ENDEREÇO: Engenheiro Avelar

MUNICÍPIO: Cajazeira ESTADO: Paraíba

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ CNS: _____

DATA DO NASCIMENTO: 12/11/67 DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/18

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMP: _____

ANAMNESE E XAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Relato de história de acidente de motocicleta
para as pernas e quadril, com fratura de
osso da perna esquerda e fratura de osso da
perna direita. Em ambos os membros inferiores
existem ferimentos e hematomas.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Exames de

RESULTADOS

Rx torax - fratura de costelas e omoplata

08.04.18 - Atua Médico + enfermagem.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Adalax 100mg + 100 mg SPO, 31. 8 18 horas de
2. Adalax 200mg + AD, 616 horas, 18.06.18
3. _____
4. _____

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 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Manuseio para 12 horas

DIAGNÓSTICO:

Transtorno de ansiedade

CID-10

MEDICAÇÃO

- ☐ PRESCRITA
☒ APPLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ OBITO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: código / PROCEDIMENTO

- 1-1013101101010101
2-1013101101010101
3-1012101101010101

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

Dra. Maria do Carmo
CRM-PA 5300 / CNM-PA 10029

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA
RUA JOSE RODRIGUES COURA, S/N - N. SRA APARECIDA
ENGENHEIRO AVIDOS / PB CEP: 58900000 (AQ: 212)

Emissão: 26/06/2018 Referência: Jun / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICA 8/220, Km25 - Crote Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 15 - 214 - 391 - 3440 Nº medidor: 0006894866

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.065.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 006.903.237
Cod. para Deb. Automático: 80095348214

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	26/06/2018	26/07/2018	1117361454 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/534821-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/05/18	931	26/06/18	1544	1	113	32

Demonstrativo									
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Aliq.	Imposto(R\$)	Base Calc.	Por(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Por(R\$)	ICMS(R\$)	Por(R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,348430	7,48	7,48	27	2,02	7,48	0,07
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,427620	29,93	29,93	27	8,08	29,93	0,27
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	13.000	0,541420	8,33	8,33	27	2,25	8,33	0,07
0601	Adic. B. Amarela			0,13	0,13	27	0,03	0,13	0,00
0601	Adic. B. Vermelha			3,87	3,87	27	1,04	3,87	0,03
0610	Subsidio			29,63	29,63	27	10,70	29,63	0,38
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORA 05/2018			0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018			0,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsidio			-29,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCl: Código de Classificação de Item TOTAL: 83,35 89,37 24,12 89,37 0,60 3,70

Média últimos meses (kWh) 101

VENCIMENTO 03/07/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 63,35

Histórico de Consumo (kWh)

134	87	131	107	137	124	100	106	90	97	68	76
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18

601f.ad1b.b7ac.53de.faa4.7c23.5517.17d8.

Indicadores de Qualidade 4/2018 - Gazeiro				Valor (R\$)		%
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
DI MENSAL	11,18	8,95	NOMINAL	220	11,78	10,55
DI TRIMESTRAL	22,32				17,00	26,94
DI ANUAL	44,65				1,90	2,84
PI MENSAL	7,52	3,00	CONTRATADA		3,25	5,15
PI TRIMESTRAL	15,04		LIMITE INFERIOR	227	29,53	48,61
PI ANUAL	31,08		LIMITE SUPERIOR	231	0,00	0,00
DMC	6,08	3,90				
DICR	16,60					
Total				63,35	100,00	

Valor de EUSD (Ref. 4/2018) R\$ 3,47

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Estabelecimento, tendo um desconto de R\$29,93.
Ofício - Isenção IP

Faturas em atraso

09 OUT. 2018

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Soluto para simplificar pagamento da nota fiscal de energia elétrica. Nº 012.340.593



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Crisóto Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.185 / 0001-60 Ins. Est. 14.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODRIGALHO DE ALENCAR 339
CAIAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

14/09/2018

CONSUMO

99

VENCIMENTO

21/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Roteiro: 08-212-140-4720

83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5

VENCIMENTO

21/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

MATRÍCULA

80691-2018-09-0



09 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laissa Evelyn Araújo Ferreira

RG nº 2008772140-0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Rodolfo de Alencar</u>
Número	<u>331</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Capazinas</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813.12.66 / 99415.58.35</u>
E-mail	<u>verasdpatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Capazinas-PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Laissa Evelyn Araújo Ferreira

09 OUT. 2018

CORAÇÃO DE JESUS MS

MARIA DO SOCORRO ADELINO MOURA
CNPJ 24 502 049/0001-00

EL JUVENCIO CARNEIRO, 133 - CENTRO - CAJAZEIRAS -
PB - 58900-000 - FONE. 3531-1753- 35

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#|COD|DESC|QTD|UN|VL UN R\$|VLTR R\$|VL ITEM R\$|
1 16649 AMOXICILINA+ACIDO CLAVU 875*****
1 UND X 137 136,88

Desconto -36,53
Valor Líquido 100,35

12 15084 PACO

2*****
1 UND X 23 22,59

Desconto -5,03
Valor Líquido 16,56

13 23316 FAIXA TORACICA 15CM TAM M MERCUR BC060
1 UND X 94 93,90

Desconto -25,00
Valor Líquido 68,90

14 15084 PACO

2*****
1 UND X 23 22,59

Desconto -5,03
Valor Líquido 16,56

15 11663 ACEBROFILINA
1 UND X 29 28,96

Desconto -20,17
Valor Líquido 8,79

QTD. TOTAL DE ITENS

005

VALOR TOTAL R\$

211,10

FORMA DE PAGAMENTO

Valor Pago

Dinheiro

211,10

Número 000006019 - Série 001

Emissão 26/07/2018 09:19:35 - Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

2518 0724 5020 4900 0100 6500 1000 0060 1910 0434 7302

Protocolo de Emissão: 32510017376661 26/07/2018 09:26:21

CONSUMIDOR CPF: 011.173.614-54

FRANCINALDO ALVES DE SOUZA

DISTRITO DE ENGENHEIRO AVIDOS S/N BOQUEIRÃO

CAJAZEIRAS



Vendedor: CISSY Venda: 434730

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 2,31

Digifarma

09 OUT. 2018

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luana Evelyn Araújo Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francinaldo Plus de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.173.614 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura clams da Vítima Francinaldo Plus de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.173.614 / 54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 José Rodolfo de Almeida</u>		Número <u>331</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Capazins</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>58900-000</u>
Email <u>veradpvatiza@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)99813.12.66</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)99415-58.35</u>	

Capazins, 01 de outubro de 2018.
Local e Data

Luana Evelyn Araújo Ferreira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jucivan Emidio de Souza
 portador do RG: 1533981, data de expedição 20 / 05 / 1995
 órgão expedidor SSP / PB, CPF: 047.249.454-610
 com domicílio na cidade de Capangaras, no estado de Pernambuco
 onde resido na Rua Francisco Martins
 número 366, complemento Bela Vista

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, Francinaldo Alves de Souza
 cujo condutor era Francinaldo Alves de Souza
 VEÍCULO: PAS/MOTOCICLE
 ANO: 2012
 MODELO: MONDA/NXR 150 BRAS ES 2012
 PLACAS: OFN 1775 - PB
 CHASSI: 9C2KDD55DCR598882
 DATA DO ACIDENTE: 07 / 07 / 2018

Capangaras - PB 26/07/2018.
 Local e Data

Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

011.173.614-54

Nome

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Nascimento

12/09/1969



(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

18.756.128 25.Abr.1984

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

RG 045434

mjr

S. I. 26

(INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE ARMS (INIEL) TOR DAUT)

09 OUT. 2018

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

CÉDULA DE IDENTIDADE

NACIONALIDADE BRASILEIRA

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Francisco José de Sousa

Maria Socorro Alves de Sousa

Cajazeiras - PB. 12.Set.1969

(INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE ARMS (INIEL) TOR DAUT)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

Polgar

Larissa Evelyn Araújo Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

09 OUT. 2018

09 OUT. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008772140 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/2014

NOME LARISSA ÉVELYN ARAÚJO FERREIRA

FILIAÇÃO KATIA SHIRLEY ARAÚJO FERREIRA

NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 14/08/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:35.738 FOLHA:24

LIVRO:A-35 BOA VIAGEM - CE

CPF 074.430.873-90

1 VIA

Adriana de Brito
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 103

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

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: 011.173.614-54 Nome completo da vítima: Franciscoaldo Alves de Sousa

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

Nome completo: Franciscoaldo Alves de Sousa CPF: 011.173.614-54
Profissão: pescador Endereço: Rua Frei Rodrigues Coura Número: 20 Complemento: _____
Bairro: Nossa Senhora da Penha Cidade: Engenheiro Auro de Faria Estado: Paraíba CEP: 58900-000
E-mail: vrasdpvata@gmail.com Tel.(DDD): (83) 99813.1266

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

RENDAS 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco(237) ☐ Itaú(341) Nome do BANCO: _____
☐ BancodoBrasil(001) ☒ Caixa Econômica Federal(104)
AGÊNCIA: 0400 CONTA: 0453781 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 90 (noventa) 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 (vai 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, Lapazginas - PB 06/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Franciscualdo Alves de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Evelyn Francisco

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

18 MAR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014200046802

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

0049247100-2 00/000000000 2018

SAC DPVAT 0800 022 1204

www.seguradoralider.com.br

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

PB Nº 014200046802 BILHETE DE SEGURO DPVAT

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

00492471002 04724945460 0FH1775/PB

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

15628-1404221-20180619

15628-1404221-20180619

15628-1404221-20180619

15628-1404221-20180619

15628-1404221-20180619

15628-1404221-20180619

15628-1404221-20180619

15628-1404221-20180619

15628-1404221-20180619

15628-1404221-20180619

09 OUT. 2018

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474514

Data do acidente: 07/07/2018

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Cajazeiras

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data: 11/10/2018 17:01:52

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM DE OUTR ORGAOS INTRATORACICOS E DOS NE TRAUM DE
OUTR ORGAOS INTRATORACICOS ESPEC -**Internação:** Não**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			211,10	211,10
Total da Análise Atual			211,10	211,10

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	211,10	211,10	211,10
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	211,10	211,10	211,10

TOTAL PLEITEADO: 211,10**TOTAL AVALIADO:** 211,10**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 211,10

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

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: 031.173.614-54 Nome completo da vítima: Francinaldo Alves de Sousa

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

Nome completo: Francinaldo Alves de Sousa CPF: 031.173.614-54
Profissão: Empregado Endereço: Rua Frei Rodrigues Cunha Número: 50 Complemento: _____
Bairro: Nossa Senhora Aparecida Cidade: Engenheiro Aécio Estado: Minas CEP: 58900-000
E-mail: Verandawalczy@hotmail.com Tel.(DDD): (83)99813.12.66

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: _____
AGÊNCIA: 1053 ☐ CONTA: 2922007 7 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 90 (noventa) 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 (vai 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: Capangas - PB 29/10/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francinaldo Alves de Sousa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

DOCUMENTO ORIGINAL

01.02. '100 67



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM.053858

FRANCINALDO ALVES DE SOUZA
AGENCIA 1053 CONTA 2922007-7

08:30 HRS
26/OUT/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA POUPANCA FACIL
SD DEPOS ATE 3/5/12
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12

TOTAL DE RECURSOS



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francinaldo Alves de Sousa
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 18.756.128
CPF: 011.173.614-54
Profissão: Pescador
Endereço: Rua José Rodrigues Costa, SN, N. Sra. Aracê, Engenheiro Aécio - PB.

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.



Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto seguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório – DPVAT para a vítima:

Francinaldo Alves de Sousa

Cajazeiras, 26 de julho de 2018.

Francinaldo Alves de Sousa

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370045/18

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

CPF: 011.173.614-54

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 07/07/2018

Titular do CPF: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

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

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA : 011.173.614-54

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

MARCOS AURELIO VIDAL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 211,10

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000045378-1

Nr. da Autenticação 57BDA835F076C652

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 011.173.614-54 Nome completo da vítima: Francinaldo Alves de Sousa

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

Nome completo: Francinaldo Alves de Sousa CPF: 011.173.614-54

Profissão: peixeiro Endereço: Rua José Rodrigues Coura Número: _____ Complemento: _____

Bairro: Nova Senhora Cidade: Engenheiro Aurodo Estado: Pernambuco CEP: 58900-000

E-mail: verasdpvata@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 99813.12.66

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

DADOS CADASTRAIS

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)

☐ BancodoBrasil(001) ☐ Caixa Econômica Federal(104)

AGÊNCIA: 1053 7 CONTA: 2922007 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 90 (noventa) 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai 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: Lapaçinon - PB 06/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francinaldo Alves de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francinaldo Alves de Sousa

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

07.FEV.2019

(*) 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.



0^o FEV. 2019

0^o FEV. 2019

07 FEV. 2019

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: 011.173.614-54 Nome completo da vítima: Francisco de Sá
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco de Sá
Profissão: pedreiro Endereço: Rua Frei Rodrigues Loureiro
Bairro: Nova Senhora do Carmo Cidade: Engenheiro Auroa Estado: Paraíba
E-mail: verandapateja@hotmail.com CEP: 58400-000
Tel.(DDD): (33) 99813.1266

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

RENTA 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)
☐ BancodoBrasil(001) ☐ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3053 7 CONTA: 2922007 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 90 (noventa) 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____

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 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: Cajazeiras - PB 06/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco de Sá

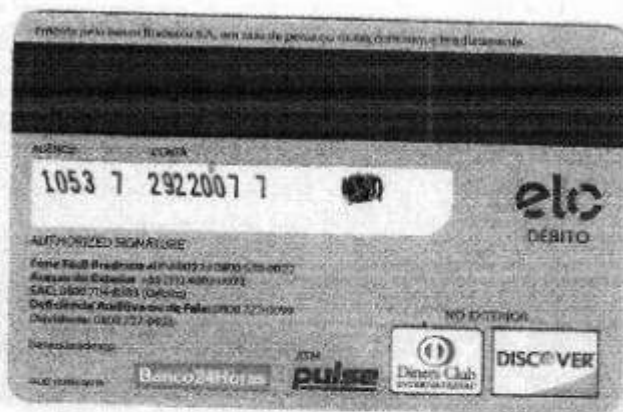
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 FEV. 2019

(*) 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.



11 FEV. 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 211,10

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000045378-1

Nr. da Autenticação 57BDA835F076C652