

Escolha o/s tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

011.173.614-54

Nome completo da vítima:

Franciscoaldo Flores de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445 / 012

Nome completo:

Franciscoaldo Flores de Souza

CPF:

011.173.614-54

Profissão:

Pescador

Endereço:

Rua José Rodrigues Correa

Número:

370

Complemento:

-00

Bairro: Nossa Senhora Aparecida

Cidade:

Engenheiro Paulo

Estado:

Minas

Gerais

CEP:

58900-000

 Email: vereadordpvat053@hotmail.com

Tel (DDD): (83) 99813-12-46

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

 RECUZO 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:

AGENCIA:

1053

0

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

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

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

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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 e custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Capágiras - PB 28/01/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Franciscoaldo Flores de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Franciscoaldo Flores de Souza

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | 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

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM. 064039

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. DOCTR VALOR
----- 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 Atm 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

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



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, 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



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

Rio de Janeiro, 04 de 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



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, 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



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, 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:

Rebedor: 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 Sáosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francinaldo Alves de Sáosa	CPF titular da conta 011.173.614-54	Profissão Pescador.
Endereço Rua José Rodrigues Lameira	Número 5N	Complemento
Bairro Senhoras Aparecida	Cidade Conquista Avenida	Estado Paraíba
Email Venasdpvata@gmail.com	CEP 58900-000	Telefone (DDD) (83) 99813-12-68

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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. 1053 D/V 2922007 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Lei as 01 de outubro de 2018.

Local e Data

Francinaldo Alves Sáosa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°0475/2018 - 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.

HISTÓRICO 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.

Notificante

Testemunha Arrogada

POLEG

AR

DIREI

TO

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



Joabson L. dos Santos
Agente Policia Civil
Mat. 181.946-1

09 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

16:32

4/6



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0020-23
ENDERECO: TABELOM ANTÔNIO HOLANDA, SIN
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAÍBA UF: 25

NO ME: francinolfo alves de souza PACIENTE
PROFISSÃO: funcionário DOCUMENTO: RG SEXO: M IDADE: 49

ENDERECO: Av. gen heitor alves MUNICÍPIO: cajazeira ESTADO: paraíba

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 1212169 CNS: 070707 DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/18

SSW

PESO: ALTURA: TEMP:

ANAMNESE E XAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente de 49 anos de idade de origem
brasileiro, com capacidade para o atendimento
exclusiva, com nível de consciência adequado
paciente de origem.

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:
Observação peso 120Kg

2018

0

OUT.

0

DIAGNÓSTICO:

TMN

CID-10

MEDICAÇÃO

PRESCRITA
 APLICADA

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-101301101610101210
2-101301111010101121
3-10120141013011112101

OBSERVAÇÃO
 INTERNAÇÃO
 FALECIMENTO
 OUTROS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. 1000ml de 5% glicose + 400ml de soro fisiológico 818 hora 12-06-18
2. Dipirona 200mg + AD, 600mg, 600mg, 10-06-18
3.
4.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) / ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

Dr. Matheus Ribeiro

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

CRM

OU POLEGAR DIREITO

RESULTADOS

Rx Tonox - Frotura de costela a dor no

08/07/18: Dolor medio + ondulação.
19:20.

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA
RUA JOSE RODRIGUES COLINA, 501 - N. SRA APARECIDA
ENGENHEIRO AVIÓS / PB CEP: 58900000 (AO: 212)

Emissão: 26/06/2018 - Referência Jun / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BABA RENDA MONOFÁSICO (B200, Km25 - Corte Redenter - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Rotativo: 15 - 214 - 391 - 3440 N° medidor: 0000884666

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ/09.095.183/0001-40 - Inf. Emiss. 16/015/623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°006.903.237
Cód. para Déb. Automático: 00005348214

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 Incl. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/534821-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.435, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leitura	Data	Leitura							
25/05/18 931 26/06/18 1044										
113 22										
CCO	Descrição	Qualidade	Tarifado	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)	ICMS	Base Calc. PIS(R\$)	PIS(R\$)	Collir(R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,249450	7,48	7,48	27	3,02	7,48	0,07	0,31
0801	Consumo - 31 a 103kWh-BR	70.000	0,427620	29,93	29,93	27	6,08	29,93	0,27	1,24
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	13.000	0,641420	8,33	8,33	27	2,25	8,33	0,07	0,34
0801	Adic. B_Amarelo			0,13	0,13	27	0,03	0,13	0,00	0,00
0801	Adic. B_Vermelha			3,67	3,67	27	1,04	3,67	0,03	0,16
0810	Subsídio			29,93	29,93	27	10,70	29,93	0,38	1,85
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 05/2018			0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018			0,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-29,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCO - Código de Classificação do item TOTAL 83,35 89,37 24,12 89,37 0,80 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 | 104 | 100 | 106 | 90 | 97 | 68 | 76
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

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

Indicadores de Qualidade			4/2018 - Caixa Preta		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminações	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	11,18	8,95		11,76	10,58
DIG TRIMESTRAL	22,32		Compra de Energia	17,00	26,94
DIG ANUAL	44,65	NOMINAL	Serviço de Transmissão	1,80	2,84
PIG MENSAL	7,32	3,00	Encargos Salariais	5,25	5,15
PIG TRIMESTRAL	15,64	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	29,53	48,81
PIG ANUAL	31,28	3,00	Outros Benefícios	0,00	0,00
DMC	8,08	LIMITE SUPERIOR	Total	63,35	100,00
DICI	16,80		Valor do BISD (Ref. 4/2018) R\$ 9,47		

09 OUT. 2018

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Extra Penda, tendo um desconto de R\$28,93 - Ofício - Isenção IP

Faturas em atraso

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-vida de conta.

Nota para simples pagamento da conta mensalista da Energisa. N° 012.340.593



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 14.619.623-0

DADOS DO CLIENTE

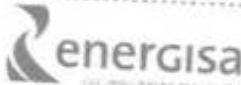
MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODRVALHO DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	14/09/2018	99	21/09/2018	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	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
21/09/2018	R\$ 92,65	80691-2018-09-0

09 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Isaísssa Evelyn Graujo 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 Rodo Valho de Alencar</u>
Número	<u>331</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caparaó</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>isaisaferreira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caparaó-PB 09/10/2018

Assinatura do Declarante: Isaísssa Evelyn Graujo 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**

#|CODIDESCI|QTD|UN| VL UN R\$|VLTR R\$|| VL ITEM R\$
11 16649 AMOXICILINA+ACIDO CLAVU 875*****

1 UND X 137 136,88

-06,43

Desconto 0,00

Valor Líquido 136,88

12 15084 PACO

2*****

1 UND X 23 22,59

-5,03

Desconto 0,00

Valor Líquido 18,56

13 23316 FAIXA TORACICA 15CM TAM M MERCUR BC050

1 UND X 94 93,90

-25,00

Desconto 68,90

Valor Líquido 0,00

14 15084 PACO

2*****

1 UND X 23 22,59

-0,93

Desconto 0,00

Valor Líquido 22,59

15 11663 ACEBROFILINA

1 UND X 29 28,96

-20,17

Desconto 8,79

Valor Líquido 0,00

QTD. TOTAL DE ITENS

005

VALOR TOTAL R\$

211,10

FORMA DE PAGAMENTO

Valor Pago

211,10

Dinheiro

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>

518 0724 5020 4900 0100 6500 1000 0060 1910 0434 7302

Printed on 2018-07-26 10:19:35 - 435100173700661 2018-09-26 21

CONSUMIDOR CPF: 011.173.614-54

FRANCINALDO ALVES DE SOUZA

DISTRITO DE ENGENHEIRO AVÍDOS 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Isaísssa Evelyn Araújo Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Françinaldo Plus de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.173.614 / 54, do sinistro de DPVAT cobertura classe da Vítima Françinaldo plus de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.173.614 / 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 Rodovilho de Almeida</u>	Número	<u>331</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Capinzais</u>	Estado
Email	<u>veradpvatiz6@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(83)99813.12.66</u>	Telefone celular (DDD)
				<u>(83)99415-58-35</u>

Capinzais, PB, 01 de outubro de 2018.
Local e Data

Isaísssa Evelyn Araújo Ferreira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jucivan Emídio de Souza
portador do RG: 1533981, data de expedição 20/05/1995,
órgão expedidor SSP / PB, CPF: 047.249.115-6101
com domicílio na cidade de Lagoinhas, no estado de Paraíba,
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/MOTOCICLETA

ANO: 2012

MODELO: MONDA/NXR 150 BROS ES 2012

PLACAS: OFN 1775 - PB

CHASSI: 9C2KDD550CR59882

DATA DO ACIDENTE: 07/07/2018

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

Jucivan Emídio de Souza
Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Francinaldo Alves de Souza
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

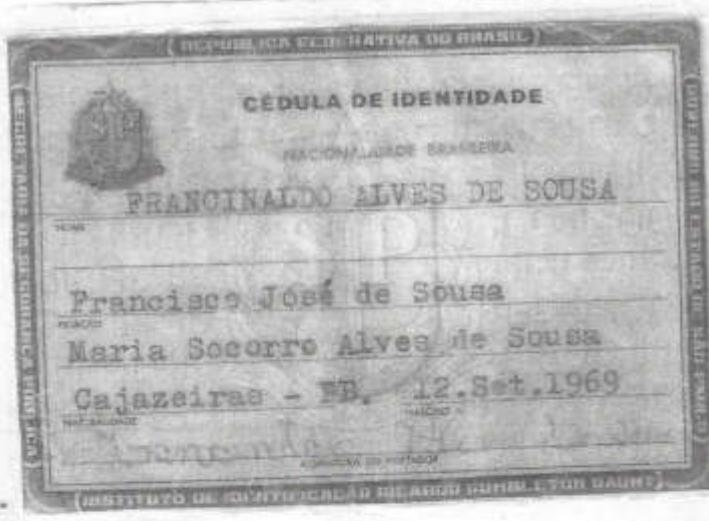
Nome

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Nascimento:
12/09/1969



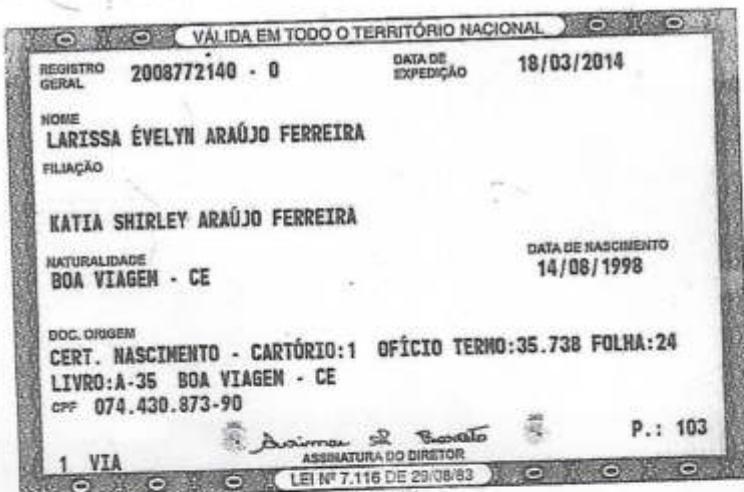
09 OUT. 2018





09 OUT. 2018

09 OUT. 2018



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 Souza

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

Nome completo:

Francinaldo Alves de Souza

CPF:

011.173.614-54

Profissão:

operador

Endereço:

Rua José Rodrigues Coimbra

Número:

30.

Complemento:

Barro: Nossa Senhora

Alves

Cidade:

Engenheiro da Automação

Estado:

Pernambuco

CEP:

58900-000

E-mail:

verasdpvata@gmail.com

Tel.(DDD):

(83) 99813.1266

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0400 CONTA: 045378 1

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta 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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, 06/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Francinaldo Alves de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

18 MAR. 2019

Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU, SEU SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DEVAT.

DETTRAN - PB		Nº 014200046802	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULOS			
1	0049247100-2	00/00000000	2018
VA-	000 REINAVAM	R-NTR.	EXERCICIO
JUCIVAN EMIDIO DE SOUSA		NOME	

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
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF / CNPJ		PLACA
04724945460		OFH1775 / PB
PLACA ANT / UF	—	CHASSI

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:	Nome completo da vítima:	
	01.173.614-54	Francinaldo Alves de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Francinaldo Alves de Souza		01.173.614-54	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Operador	Alta Faz Rodriguez Correa	3N	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Nossa Senhora Aparecida	Engenheiro Paulo	Piauí	58900-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
verandaldoalves@hotmail.com	(83)99813.12.66		

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **1053** 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, **Paracuru - PB 29/10/2018**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Francinaldo Alves de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Francinaldo Alves de Souza
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

DOCUMENTO ORIGINAL

007-100-62



Bradesco

26 OUT 2018

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 ATÉ 3/5/12
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12

[REDACTED]

TOTAL DE RECURSOS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

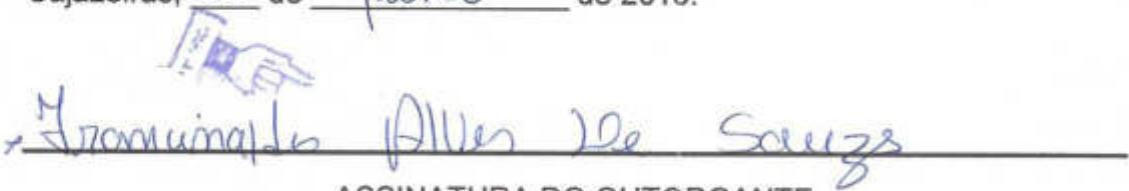
Nome: Francinaldo Alves de Souza
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 18.756.128
CPF: 011.173.614-54
Profissão: Pescador
Endereço: Rua José Rodrigues Lameira, sn, N. Sra. Apresentada,
Tonqueiro Ávidos - PB.

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 asseguradoras 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 substancial 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 Souza
Cajazeiras, 26 de julho de 2018.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370045/18

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

CPF: 011.173.614-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/07/2018

Titular do CPF: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 (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 da Souza

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

Nome completo:

Francinaldo Alves da Souza

Profissão:

Pescador

Endereço:

Rua José Rodrigues Coimbra

CPF:

011.173.614-54

Bairro: Nossa Senhora Aparecida

Cidade:

Engenheiro Paulo

Estado: Piauí

Número:

70.

Complemento:

E-mail:

verasdpratiza@hotmail.com

CEP:

58900-000

Tel.(DDD):

(83) 99813.1266

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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

7

CONTA: 2922007

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

7

(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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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 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: Rapaginhas - PB 06/02/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

07 FEVEREIRO DE 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



0º FEV. 2019

0º 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:

Franciscoaldo Plus de Souza

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

Nome completo:

Franciscoaldo Plus de Souza

CPF:

011 173 614.54

Profissão:

Encarregado

Endereço:

Rua José Rodrigues Lourenço

Número:

70

Bairro:

Nova Senhora

Cidade:

Engenheiro Paulo

Estado:

Pará

CEP:

68900-000

E-mail:

vereadorplus@hotmail.com

Tel.(DDD):

(83) 99813-1266

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 OPCIÃO DE CONTA

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

 Bradesco(237)

 Itaú(341)

 Banco do Brasil(001)

 Caixa Econômica Federal(104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1053



CONTA:

2922007



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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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 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: Vivos Falecidos Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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: *Bayaginam - PB 06/02/2019*

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

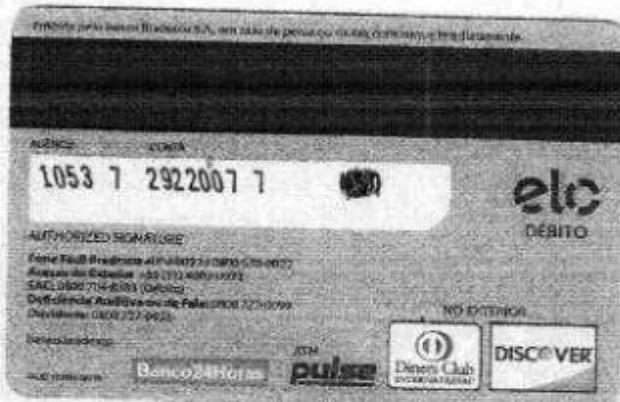
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Francinaldo Plus de Souza
Bayaginam - PB
Assinatura do Procurador (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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica 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: 00000045378-1

Nr. da Autenticação 57BDA835F076C652