
Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200212474

Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO DA SILVA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308997

Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO DA SILVA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou A.S.: 3 - CPF da vítima: 761.282.024-20 4 - Nome completo da vítima: José Luis da Silva Costa

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

5 - Nome completo: José Luis da Silva Costa 6 - CPF: 761.282.024-20
7 - Profissão: Recusado R- Gicero Berto Sabrinha 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - UF: PB 14 - CEP: 58076-692
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 03429 03429 03429 03429 03429 03429 03429 03429 03429
(Informar a agência se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora a obter a assistência médica necessária para a avaliação da lesão e/ou da invalidez, por meio de perícia médica, a ser realizada em nome da Seguradora LIDER, para a fixação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não significa a renúncia da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da mesma.

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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 assistida da Seguradora LIDER para a fixação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não significa a renúncia da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e providarem esta declaração assinada e rubricada, assim como a declaração de dependência, para a obtenção da indenização, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa PB 15/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaratante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou A.S.: 3 - CPF da vítima: 761.282.024-20 4 - Nome completo da vítima: José Luis da Silva Costa

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

5 - Nome completo: José Luis da Silva Costa 6 - CPF: 761.282.024-20
7 - Profissão: Recusado R- Gicero Berto Sabrinha 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - UF: PB 14 - CEP: 58076-692
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 03429 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora a aderir a crédito de nomeação para a indenização de invalidez permanente, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica assistida da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não afeta a prêmio, concordando com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da mesma.

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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 assistida da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não afeta a prêmio, concordando com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e providarem esta declaração assinada e rubricada, bem como a declaração de dependência, para poderem receber a indenização além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaratante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 028826.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 028826.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:32 min do dia 04/06/2020, na Delegacia Online, **JOSELITO DA SILVA COSTA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de João Pessoa, nascido(a) em 03/12/1969, idade 50, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de CARMEM DA SILVA COSTA e JOAO FAUSTINO DA COSTA, CPF 761.282.024-20, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cícero Bento Sobrinho, nº 0, bairro João Paulo II, na cidade de João Pessoa/PB, CEP: 58076692, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/01/2020 23:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 008, VILAGEM, Conde/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA NEO 125, ANO/MOD 2019/2020, COR BRANCA, PLACA QSI 4I86/PB, CHASSI 9C6SEB520L007760, em nome do DECLARANTE, quando trafegava na pb 008, nas proximidades do Village, uma moto em alta velocidade veio a colidir na traseira da moto, caindo ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e transferido no outro dia para o Complexo Hospitalar de Marçabeira.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


JOSELITO DA SILVA COSTA

B26916AF901CB15C0B89597C3D1C23C8

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 028826.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 028826.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:32 min do dia 04/06/2020, na Delegacia Online, **JOSELITO DA SILVA COSTA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de João Pessoa, nascido(a) em 03/12/1969, idade 50, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de CARMEM DA SILVA COSTA e JOAO FAUSTINO DA COSTA, CPF 761.282.024-20, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cícero Bento Sobrinho, nº 0, bairro João Paulo II, na cidade de João Pessoa/PB, CEP: 58076692, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/01/2020 23:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 008, VILAGEM, Conde/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA NEO 125, ANO/MOD 2019/2020, COR BRANCA, PLACA QSJ 4I86/PB, CHASSI 9C6SEB520L007760, em nome do DECLARANTE, quando trafegava na pb 008, nas proximidades do Village, uma moto em alta velocidade veio a colidir na traseira da moto, caindo ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e transferido no outro dia para o Complexo Hospitalar de Marçabeira.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Joelito da Silva Costa
JOSELITO DA SILVA COSTA

B26916AF901CB15C0B89597C3D1C23C8

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou A.S.: 3 - CPF da vítima: 761.282.024-20 4 - Nome completo da vítima: José Luis da Silva Costa

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

5 - Nome completo: José Luis da Silva Costa 6 - CPF: 761.282.024-20
7 - Profissão: Recusado R- Gicero Berto Sabrinha 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - UF: PB 14 - CEP: 58076-692
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 03429 0 AGÊNCIA: 0000 0000 0000
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora a aderir a crédito de nomeação para a indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desde já, em me submeter à avaliação médica assistida da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não afeta a prêmio, concordando com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da mesma.

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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 assistida da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não afeta a prêmio, concordando com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e providarem esta declaração assinada e rubricada, assim como a Lei 6.194/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não afeta a prêmio, concordando com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da mesma.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



603689 0010 75073 6829

JOSEITO DA SILVA COSTA

10/24

3487 013 00003429-0

mastercard

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: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO DA SILVA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

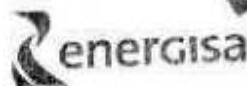
CONTA: 000000003429-0

Nr. da Autenticação 13692615C65762F3

MIRIAM DE OLIVEIRA SILVA
RUA CICERO BENTO SOBRINHO S/Nº 3043 PAULISTA
JOÃO PESSOA/PB CEP 58216-140 PB

CPF/CNPJ: 000.000.000-00

Grupo Consumidor: BAIKA / Emissão: 01/04/2020
Cidade: PERNAMBUCO / Estado: RECIFE
Logradouro: RUA SERRA
Número: 15-2-151-5543 / Fone: 0800-0110000



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1464438-9

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00014644389

VALOR DA FATURA
R\$ 71,48

VENCIMENTO
24/04/2020

REFERÊNCIA
Abr / 2020

CONSUMO
87kWh

2,50 kWh
MÉDIA
LITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Mar/20	R\$54,07
Fev/20	R\$25,74
Jan/20	R\$24,74
Dez/19	R\$27,09
Nov/19	R\$22,40
Out/19	R\$23,79
46 CONTAS	

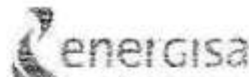
CC	Descrição	Cód.	Tel./Tubos	Unid. Gest. Loc.	Ala	Unid. Gest. Loc.	Unid. Gest. Loc.	Unid. Gest. Loc.	Unid. Gest. Loc.
6801	Consumo - 111	11	680100	68,74	68,74	20	1,18	68,74	0,70
4007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,74	0,70	0	0,00	0,70	0,00

CC: Código de Classificação do Bem
Fornecedor: 00000000
TOTAL: 71,48 68,74 0,70 68,74 0,70 0,00

RESERVADO AO FISCO 4996.6624.2421.dn11.7.ccb.0822.1902.8426

RESERVAÇÃO DE FÓSSIL		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)			
Assin	87	Descrição	Valor (kWh)
Mar/20	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/20	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/20	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/19	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/18	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/17	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/16	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/15	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/14	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/13	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/12	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/11	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/10	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/09	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/08	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/07	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/06	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/05	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/04	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/03	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/02	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/01	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/00	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jan/99	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Dez/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Nov/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Out/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Sep/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Ago/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jul/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Jun/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Maio/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Abr/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Mar/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20
Fev/98	87	Serviço de Trat. de Esgoto SUE	15,20

BOLETO PARA PAGAMENTO



Boleto emitido em 20/04/2020

Boleto emitido para pagamento em 20/04/2020

Nº 042/343.155

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58011-680
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.822-4

DADOS DO CLIENTE	CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOAO PESSOA	5/1698281-1

REFERENCIA	APRESENTACAO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	20/04/2020	174	28/04/2020	R\$ 150,83

Acesse www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 09367.29417 1 82390000015083

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-15

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009367294	001698281202004	28/04/2020	R\$ 150,83	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

08.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/1447-3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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

João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

455.536.024/91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joelito da Silva Costa

Inscrito (a) no CPF sob o nº 761.282.024/20

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Joelito da Silva Costa

Inscrito (a) no CPF sob o nº

761.282.024/20

, 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 Lider-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:

Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número:

157

Complemento:

Bairro:

Mangabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

E-mail:

Telefone (DDD):

(83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB

15/06/2020

Assinatura do Declarante

FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 297204 Atd: Nao Regulado
Data: 26/01/2020
Hora: 17:02:21
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 8

Nome: JOSELITO DA SILVA COSTA

Num. Prontuario: 2017.03.000230

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 761.282.024-20

CNS: 708102164062840 Sexo: M IDENTIDADE: 1341844 Fone: 986778465

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/12/1969 Id: 50 ano(s)

End.: RUA JOBSON DE ALMEIDA SA, 150

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: CARMEN DA SILVA COSTA

Pai: JOAO FAUSTINO DA COSTA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA

Fel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Plac. Uti. Hospital: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Q - Principal

Observacao

TRAUMA EM MI

Acidente Moto - dia 25.01.20

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

em 23 h. Atendido no Hospital

Diagnostico

Conduta

de Trauma e Exame Fisico
foi (E) cheque neste servico

Prescricao

Horario da medicacao

dia 26-01-20 às 18:20

No local: Leito Particular



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Josefina da Silva Costa Data da Admissão: 20/01/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg **Prurido** [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

Receituário

Paciente: JOSELITO DA SILVA COSTA

Idade: 50

Data: 26/01/2020 08:14:00

Sexo Masculino

CPF: 76128202420

BAE: 1218763

ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTORIA DE TRUAMA NO JOELHO E APÓS QUEDA HÁ HORAS

HD: FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

CD: ENCAMNHO CONFORME PACTUACAO.

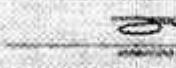
Igor Queiroz Cavalcante
CRM - PE 77337 / CDM - PE 18443

Dr. IGOR QUEIROZ CAVALCANTE

7733/null

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
DIRETORIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO		
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA		
	DOC IDENTIFICAD - CATEGORIA DE 1054562 859 PB	
	CPF 435.536.024-91 DATA NASCIMENTO 02/04/1967	
	FILIAÇÃO JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
	PARENTESCO [] ATC [] CAC [] AD	
	Nº REGISTRO 00724103162	
VALIDADEZ 10/11/2019		DATA EMISSÃO 06/24/1992
SIGNATURA		
		
NOME JOAO PEREIRA, PB		
DATA EMISSÃO 11/11/2014		
Nº REGISTRO 60378988469		
Nº REGISTRO PB029545609		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 014957832915
 COD. REN. APT. 2019000005570320000
 1 0121650925 2 00/00000000 2019

JOSELLINO DA SILVA CORDEIRO

76128202420

NOVO

PAS/MOTONETA 125 APLICAÇÃO COMBUSTÍVEL GASOLINA

2019 2020

BRANCA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

2º

3º

0

26/12/2019

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014957832915 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/12/2019

1 76128202420

01216509252 YAMHAH/NEO 125

2019 9 9C66EB52040007760

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

18/12/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.248.501/0001-04
 7003781-1631132-20191226

16/12/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308997 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1-2(BAM) P.3(CIRURGIA) P.4(RELATÓRIO)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Jorelly da Silva Costa				
IDADE	SEXO	END	CLINICA	PRONTUÁRIO	LEITO

DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA
------------------	--------------

DIAGNOSTICO INICIAL	TIPO DE PERMANÊNCIA
---------------------	---------------------

DIAGNOSTICO DEFINITIVO	CID
------------------------	-----

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

PROCEDIMENTO REALIZADO

TERAPIA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O.	☒ SIM	☐ NÃO
---------------	---	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLÓGICO	COLETA DE ASPIRADO	☐ SIM	☐ NÃO
--------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------------

CONDIÇÃO DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO
------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

RESUMO CLÍNICO	SINTOMAS EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES
----------------	--

Atestado em 10/03/2020 Dr. JH Cl. Dr. Amanda Costa	
--	--

DIETA:	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
--------	----------------------

REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
----------	---

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
-----------------------------------	---

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ Ao Ambulatório do _____
---------	---

para retirada de pontos em 30 dias para revisão.	
--	--

DATA	28/02/2020
------	------------

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.
--

PROCURAÇÃO

Outorgante: Joselito da Silva Costa, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão ajudante geral, residente e domiciliado à Rua Luciano Bento Sobrinho S/N, bairro João Paulo, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58048-692, portador(a) do Rg nº 3.343.844, SSP/PB e CPF nº 763.282.024-20

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Engenheiro Fidalgo Costa Duarte 157, bairro Monte Castelo, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58056-384, portador(a) do RG nº 3054562, SSP/PB e CPF nº 435.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Joselito da Silva Costa, ocorrido em 15/01/20, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento da quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato

João Pessoa 26 de Junho de 2020.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Joselito da Silva Costa,
Outorgante
CPF Nº 763.282.024-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VB
2º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-01-7830
Hacnhecido por autenticidade a firma de
JOSELITO DA SILVA COSTA
Doc. fe. em testemunho de verdade. João Pessoa - PB, 26/06/2020 09:30
EMO: R\$ 10,22 FEP: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,00 ISS: R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AJX94753-4212Y
Confira a autenticidade em <http://balodigital.tpb.ju.br>
ALGERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Joselito da Silva Costa, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão ajudante geral, residente e domiciliado à Rua Luciano Bento Sobrinho S/N, bairro João Paulo, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58048-692, portador(a) do Rg nº 3.343.844, SSP/PB e CPF nº 763.282.024-20

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Engenheiro Fidalgo Costa Duarte 157, bairro Monte Castelo, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58056-384, portador(a) do RG nº 3054562, SSP/PB e CPF nº 435.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Joselito da Silva Costa, ocorrido em 15/01/20, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento da quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato

João Pessoa 26 de Junho de 2020.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Joselito da Silva Costa,
Outorgante
CPF Nº 763.282.024-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VB
2º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-01-7830
Hacnhecido por autenticidade a firma de
JOSELITO DA SILVA COSTA
Doc. fe. em testemunho de verdade. João Pessoa - PB, 26/06/2020 09:30
EMO: R\$ 10,22 FEP: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,00 ISS: R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AJX94753-4212Y
Confira a autenticidade em <http://balodigital.tpb.ju.br>
ALGERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242616/20

Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA

CPF: 761.282.024-20

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: JOSELITO DA SILVA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOSELITO DA SILVA COSTA : 761.282.024-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/08/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA