

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190442892**

**Vítima: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA DE LOURDES DOS SANTOS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Certidão de óbito incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190442892**

**Vítima: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DE LOURDES DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190442892**

**Vítima:** SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 24/06/2018

**Cobertura:** MORTE

**Procurador:** EGILSON DE OLIVEIRA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Certidão de óbito incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190442892**

**Vítima: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: EGILSON DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190442892**

**Vítima: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: EGILSON DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANDRE LADISLAU DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190442892**

**Vítima: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: EGILSON DE OLIVEIRA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANDRE LADISLAU DOS SANTOS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Certidão de óbito incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190442892**

**Vítima: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA DE LOURDES DOS SANTOS**

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

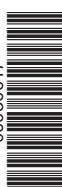
Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190442892**

**Vítima: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: EGILSON DE OLIVEIRA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

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

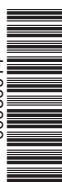
Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190442892**

**Vítima: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: EGILSON DE OLIVEIRA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ANDRE LADISLAU DOS SANTOS**

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

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

888.244.034-68

Nome completo da vítima:

Severino Ladeirau dos Santos

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

Nome completo:

Severino Ladeirau dos Santos

CPF:

077.221.694-72

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Engenho Novo I

Número:

Complemento:

Bairro:

Zona rural

Cidade:

Pedras de Fogo

Estado:

PB

CEP:

58.328-000

E-mail:

eugeniooliveira@hotmail.com

Tel.(DDD):

(83) 987254550

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO 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 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: 1657

013

CONTA: 00007241

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(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, recorriecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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.

Falo 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 6.191/74, 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.

## MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: 13/09/2018Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: FilhoVítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: 03 Falecidos: 0 Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

Impresso  
digitalizado  
eletro-suí  
bem fixado  
não difundido

Local e Data: Pedras de Fogo PB, 15/07/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, 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.

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:

888.244.034-68

Nome completo da vítima:

Silvino Ladirson dos Santos

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

Nome completo:

André Ladirson dos Santos

CPF:

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Engulho 1000 I

Número:

SN

Complemento:

Bairro:

Zona rural

Cidade:

Pedras de Fogo

Estado:

PB

CEP:

58.328-000

E-mail:

egilsoneliveira@hotmail.com

Tel.(DDD):

(83) 987254550

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

4913

03

CONTA:

0000 9598

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

(Inserir 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.

## INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IM) 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 do 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.

## MORTE

TESTEMUNHAS

Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

Data do óbito da vítima:

13/09/2018

Grau de Parentesco com a vítima:

Filho

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: 03

Falecidos: 0

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 ao 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.

Local e Data:

Padres de Fogo-PB, 15/07/19

Nome:

\_\_\_\_\_  
Egilson Oliveira

CPF:

\_\_\_\_\_  
32.123.456-789

Assinatura da quem assina o RODO

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

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

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

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: <i>Severino Ladislau dos Santos</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Maria de Lourdes dos Santos</i>	Profissão: <i>Agricultora</i>	Endereço: <i>Sítio Engenho Novo I</i>	CPF: <i>013.477.734-44</i>	Número: <i>SN</i> Complemento: <i>casa</i>
Bairro: <i>Zona rural</i>	Cidade: <i>Pedras de Jogo</i>	Estado: <i>PB</i>	CEP: <i>58.328-000</i>	Tel.(DDD): <i>(83)98725-4550</i>
E-mail: <i>egilsonolivinha@hotmail.com</i>				

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO:**

- 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)

AGÊNCIA: **4913** 013 CONTA: **00009584** 9  
 (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 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: **13/09/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **Filho**

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: **03** Falecidos: **0** Vítima deixou nascituro (salvo 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.

Impressionado Assinado Entregue à vítima/beneficiário Documentado	Local e Data: <i>Pedras de Jogo-PB, 15 de julho de 2019</i> Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura
(*) Assinatura de quem assina o RODO <i>+ Maria de Lourdes dos Santos</i> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2º   Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, 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.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Ocorrência nº. 0354/2019

Aos TRINTA dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:0min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS, Identidade nº 2.280.144-SSP/PB, CPF nº 013.477.734-44, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: agricultora, filho(a) de Severino Ladislau dos Santos e de Maria Severina da Conceição, natural de São Miguel de Taipu/PB, nascido(a) em 05/10/1976 (42 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Engenho Novo I, tendo como ponto de referência: zona rural, na cidade de Pedras de Fogo/PB, fone(s) para contato: xxxxxxxx.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 24 de junho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 15h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Engenho Novo I, zona rural de Pedras de Fogo/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Compareceu nesta delegacia a noticiante, acompanhada de seu irmão André Ladislau dos Santos, para comunicar que no dia 24/06/2018, seu pai, de nome SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS, foi vítima de acidente de transito ocorrido por volta das 15:00 horas, quando o mesmo estava na garupa de uma motocicleta (mototaxi), e ao passar em uma lombada existente na frente da escola Maria da Conceição, localizada no Sítio Engenho Novo I, o mesmo veio a cair do veículo; Que após sua queda o condutor da motocicleta evadiu-se do local, sem prestar socorro, não sendo identificado até a presente data; Que o pai da noticiante foi então socorrido para o Hospital de Pedras de Fogo/PB, de onde foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa/PB; Que seu pai ficou internado no HETSHL durante vários dias, vindo a falecer no dia 13/09/2019, por volta das 02:52 horas, nas dependencias do hospital HETSHL.; Que conforme laudo médico apresentado nessa delegacia, o senhor Severino Ladislau dos Santos, ao dar entrada no hospital apresentava quadro de TCE.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

*Maria de Lourdes dos Santos*  
MARIA DE LOURDES DOS SANTOS  
Comunicante

*[Signature]*  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 154.876-0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
**CERTIDÃO DE CASAMENTO**

NOME:

**ANDRÉ LADISLAU DOS SANTOS**  
**IVONETE NASCIMENTO DE SOUSA SILVA**

MATRÍCULA:

**0717610155 2016 2 00007 295 0002695 17**

**NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONTRAENTES**

ANDRÉ LADISLAU DOS SANTOS, nascido em vinte e sete de outubro de um mil novecentos e oitenta (27/10/1980), natural de Itambé-PB, brasileiro. Filho de Severino Ladislau dos Santos e Maria Severina da Conceição (Falecida).

IVONETE NASCIMENTO DE SOUSA SILVA, nascida em quatro de janeiro de um mil novecentos e sessenta e nove (04/01/1969), natural de São Miguel de Taipu-PB, brasileira. Filha de Luis do Nascimento (Falecido) e Maria do Carmo de Sousa.

DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTERNO)  
quatorze de abril de dois mil e dezesseis

DIA  
14

MES  
04

ANO  
2016

REGIME DE BENS DO CASAMENTO  
Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)  
ELE: O mesmo nome de solteiro  
ELA: O mesmo nome de solteira

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 14/04/2016, no Livro B-00007, Nº 2695, folha 295.

NOME DO OFÍCIO  
Cartório Melo Rodrigues

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Distrito de Pedras de Fogo-PB, 14 de abril de 2016

OFICIAL REGISTRADOR  
Maria Goretti Melo Rodrigues

*Maria Goretti Melo Rodrigues*  
Maria Goretti Melo Rodrigues

Oficial da Registratura Civil

MUNICÍPIO/UF  
Distrito de Pedras de Fogo-PB

Selc Digital: **ADB62797-506V**  
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

ENDERECO  
R. Augusto dos Anjos 53 Centro Distrito de Pedras de Fogo,  
Pedras de Fogo-PB - CEP 58328000 Fone: 081-36351028 E-mail:  
cartorioregistrocivil@gmail.com

*Reg. 7*  
1º OFÍCIO REGISTRAL de RCPN  
CARTÓRIO MELO RODRIGUES  
Maria Goretti Melo Rodrigues  
Oficial Titular

ARPENBRASIL AA 002604149 BRP  
AUTENTICO NACIONAL DOS NOTIFICADORES DE AUTENTICADORES

**MAPFRE**

23 JUL 2019



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME  
SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS

CPF:  
888.244.034-68

MATRÍCULA:

072249 01 55 2018 4 00123 067 0049384 76

SEXO  
Masculino

COR  
Preta

ESTADO CIVIL E FRADE  
Solteiro, 67 anos

NATURALIDADE

São Miguel de Taipu, Paraíba

ENTRADA DE EXPEDIÇÃO  
RG n° 1161041 SEDS/SDS/PB emitido em  
25/07/2008, CPF n° 888.244.034-68

EFETIVO:  
Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de SEBASTIANA MARTA DA CONCEIÇÃO. Residência do falecido: SITIO ENGENHO NOVO, S/N, ZONA RURAL, Pedras de Fogo, Paraíba

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Treze de setembro de dois mil e dezolto, às 2h52min.

DIA  
13

MÊS  
09

ANO  
2018

LOCAL DE FALECIMENTO

HOSPITAL DE TRAUMA, VINDO DO IML, NESTA CAPITAL, João Pessoa-PB

CAUSA DA Morte

HEMORRAGIA MENINGEA, EDEMA CEREBRAL, TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO, SEPSE (MORTE POR ACIDENTE DE TRANSITO)

SEQUESTRO / CREMAÇÃO

CEMENTERIO MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DE TAIPU-PB

DECLARANTE

SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS, RG n° 2729737 SSDS/PB,  
CPF/MF n° 077.224.694-77, profissão AGRICULTOR, estado civil  
solteiro, residente SITIO ENGENHO NOVO, S/N, ZONA RURAL,  
PEDRAS DE FOGO-PB, filho do falecido

NOME E N° DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO  
DR DELFIM SOARES DE ANDRADE, CRM 2205

AVERAÇÕES / ANOTAÇÕES A ACRESER  
Declaração de que o RG n° 24640289-0, foi registrado no livro C-120, folhas 67, sob o nº 49384. Data do registro: 16 de setembro de 2018. Data do óbito: 13 de setembro de 2018. Profissão do falecido: AGRICULTOR. Data de nascimento do falecido: 6 de Janeiro de 1951. Era eleitor. O falecido era solteiro. DEIXA CINCO FILHOS E DEIXA BENS. LIDO, CONFERIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	1161041	25/07/2008	SEDS/SDS/PB	

\* As anotações de cadastro só são dispensadas a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Ofício  
Serviço Legislativo Marques Costa - 11º Ofício

CNPJ: 11.983.335/0001-93

Oficial Registrador

Cláudia Cristina Lima Marques

Município/UF

João Pessoa-PB

Endereço

Av. Cruz das Armas, 3142, Sl. 02, Ed. Planalto  
Center, Func. 1, CEP: 58007-000 Telefax: (83) 3233-5600  
E-mail: cartorio.marquescosta@gmail.com

Selo digital AF117660-WC41  
Consulte a autenticidade em  
<https://selodigital.tpb.jus.br>

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Deu fô. João Pessoa-PB, 14 de setembro de 2018.

CARTÓRIO  
VINAGRE DE MEDEIROS  
Márcio Henrique José Medeiros Marques  
Intendente Municipal Márcio Henrique José Medeiros Marques  
PRAIA DAS TRES POCEREL, 67 - PEDRAS DE FOGO - PARAÍBA

• Testamentos;

• Registro de Imóveis;

• Casamentos;

• Requisitos Jurídicos;

• Títulos e Documentos;

AUTENTICAÇÃO  
Certifico que a presente cópia é reprodução fidedigna do original que me foi exibido. Deu fô.  
(Art. 365 - II de CPC)

15 JUL. 2019

AIA04679 - TUR8

"Selo Digital".  
Consulte a Autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Elegima Angéla de Oliveira Silveira Gelic

CARTÓRIO MARQUES COSTA

11º Ofício

Centro Administrativo



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Severino Ladeira dos Santos,

RG nº 2.728.737, data de expedição 05/09/2002,

Órgão SSP/PB, CPF nº 077.224.694-77,

venho perante a este instrumento declarar que não possui 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>Sítio Engenho Novo I</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Pedras de Fogo</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.328-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 98725-4550 / 9823-4617</u>
E-mail	<u>equilibrinoliveira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Pedras de Fogo-PB, 15/07/19.

\*Severino Ladeira dos Santos

Assinatura do Declarante

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS  
ANT TABATICA, SIN / PERTO DE JOSIAS - ÁREA RURAL  
PEDRAS DE FOGO / PB CEP: 5837000 (AG. 112)

Ligação: MONOFASICO  
Classe: RUR MTC B2 / RURAL - RURAL RESIDENCIAL  
Rastro: 15 - 289 - 01 - 1340 Referência Jun/ 2019  
Medidor: 0000914798 Emissão: 15/06/2019

**energisa**  
ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br-210, Km 25 - Cidade Retiro - João Pessoa - PB - CEP 58171-470  
CNPJ 09.095.153/0001-40 - Iscr. Est 16.015.827-0  
Nº de Fone: 1732-0000-543  
Cód. para 24h. Automóvel: 060 493 40543

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	25/06/2019	24/07/2019	013.477.734-44
			Imp. Ext.

**UC (Unidade Consumidora):** 5/1034004-0

**Canal de contato:**

Junte-se ao MOVIMENTO VAC NA BRASIL. Saiba mais em:  
www.vacna.org.br

VCI	Descrição	Anterior	Atual	Constante		Consumo	Dias			
				Data	Lectura					
0001	Consumo em kWh	23/05/18	25/06/18	1	3542	3821	33			
<b>Demonstrativo</b>										
		Quantidade	Tarifa	Vazão	Baz. Cen.	Avg. Irm/RS	Estat. Fis/RS	Cov/RS		
				Tributos	Trib/RS	ICMS/RS	ICMS	Per/Censo/RS) (1.040%) (4.990%)		
0001	Consumo em kWh	79.000	0,580730	45,87	45,87	25	11,47	41,97	0,00	3,29
0001	Adic. B. Arrenda			0,27	0,27	25	0,09	0,27	0,00	0,02
0010	Desconto			19,68	19,68	25	4,91	19,68	0,21	0,98
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>										
0001	CONTRIBUÍM PÚBLICA			2,29	0,10	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Divulgação Subsídio			-13,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 04.58 35,80 10,47 85,58 0,71 3,29  
Tributos e Tributos 0,460240

**VENCIMENTO**  
**02/07/2019** **TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 54,58**

**Histórico de Consumo (kWh)**  
Media últimos meses (kWh) 70

8	18	1	52	1	51	1	53	1	58	1	58	1	70	1	58	1	71	1	77	1	72	
Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Apr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Aug/19	Sep/19	Oct/19	Nov/19	Dec/19	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19

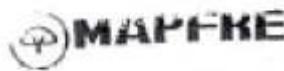
**RESUMO AO FIM**  
13a5.3530.f6f1.200c.8cb1.5228.57bb.3975.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (M)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG. MENSAL	12,26	0,00	NORMAL	210	11,31 22,73
DIG. TRIMESTRAL	34,71			18,14 29,57	
DIG. ANUAL	49,42			17,76 3,22	
DIG. MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA	2,63 4,99	
DIG. TRIMESTRAL	15,49		LIMITE INFERIOR	12,70 41,62	
DIG. ANUAL	20,98		LIMITE SUPERIOR	9,00 0,03	
DIG. PE	8,79			Total 54,58 100,00	
DIG. CP	16,80				

Valorés EUROS (Ref. 4/2019) R\$ 10,13

**ATENÇÃO** **Noturas em atraso**

Subscrição Lote: 7.000.000.000.000.000



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, André Ladeira dos Santos

RG nº 2546 313

, data de expedição 24/04/98,

Órgão SSP/PB

, CPF nº 071.880.984-09,

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>Sítio Engenho Novo I</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Pedras de Fogo</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.328-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 98725-4550 / 98213-4617</u>
E-mail	<u>lagonoliveira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Pedras de Fogo-PB, 15/07/19

\*André Ladeira dos Santos

Assinatura do Declarante

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS  
ST TABATINGA, SIN/ FERTO DE JOSIAS - ÁREA RURAL  
PEDRAS DE POGO/PB CEP: 5832000 (AG. 113)

Ligação: MONOFÁSICO  
Cor/Sez: RUR MTC B2/ RURAL - RURAL RESIDENCIAL  
Rota: 15 - 285 - 221 - 1340 Referência Jun/ 2019  
Medidor: 02000914796 Emissão: 25/06/2019



ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. 25 de Março, 25 - Centro, João Pessoa / PB - CEP 58011-000  
CNPJ 05.195.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.923-0  
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N° 026.980.540  
Cód. para DBs Automáticos: 00010340046

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPR/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	25/06/2019	24/07/2019	013.477.734-44 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1034004-0

#### Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacinasbrasil](http://saude.gov.br/vacinasbrasil)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
23/05/19 3342 25/06/19 3521 1 78 33				
<b>Demonstrativo</b>				
CCI - Descrição	Quantidade Tarifaria	Vale Bas Cac Alq. Icms/RB Bas Cac Ps/RB Cota/RB	Tributos Total(RB) ICMS(RB) ICMS Fe/Cota(RB) (10,65%) (1,2855%)	
0801 Consumo em kWh	78.000 0,980730	46,87 46,87 25 11,47 46,87 0,00 2,29		
0801 Adic. B. Amort.	0,37	0,37 25 0,09 0,37 0,00 0,02		
0810 Subíndice	18,68	19,86 25 4,91 19,86 0,21 0,98		
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0807 CONTRIBUÍVEL PÚBLICA	3,29	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
0900 Devolução Subíndice	-13,55	0,00 0 0,00 0,02 0,00 0,00		

CCI Código de Classificação do item TOTAL 54,58 35,00 16,47 65,90 0,71 2,29  
Tarifas/ Tributos 0,400240

**Máterias primas dentro** **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
70 02/07/2019 R\$ 54,58

**Histórico de Consumo (kWh)**  
8 | 16 | 24 | 32 | 51 | 53 | 58 | 56 | 70 | 88 | 71 | 71 | 71 | 72  
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Feb/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

**RESUMO AO FISCO**  
13a5.3530.f6f1.200c.6cb1.5228.57bb.3975.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DIG MENSAL 12,25	0,00	100%	Serviços de Det. e Entrega/PI	11,31 22,73
DIG TRIMESTRAL 24,71		100%	Compra de Energia	0,00 26,57
DIG ANUAL 48,43		220	Serviço de Transporte/Aluguel	0,00 0,00
FIC MENSAL 1,74	0,00	CONTRATADA	Encargos Sociais	0,67 4,98
FIC TRIMESTRAL 15,29		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	0,70 41,59
FIC ANUAL 30,99		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00 0,00
DNC 8,79	0,00		Total	54,68 100,00
DGR 18,60				

Valor do Euro (Ref. 4/2019) R\$ 15,25

ATENÇÃO		Faturas em atraso	
2018/05/01 a 2018/06/01 R\$ 12,29			

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS  
SIT TABATINGA, S/N - PERTO DE JOSIAS - AREAL RURAL  
PEDRAS DE FOGO / PB CEP: 58230000 (AG. 112)

Ligação: MONOFÁSICO  
Ciclo: RUR MTC B2 / RURAL - RURAL RESIDENCIAL  
Rútero: 15 - 209 - 021 - 1340 Referência Junho/2019  
Medidor: 00000914766 Emissão: 25/06/2019



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

B-220, Km-25 - Distrito Residencial - Itabaipuera - PB - CEP: 50.071-080

UFPI/2019/095/153/5000149 - Versão Est. 16.015 (023-0)

Notafiscal/Carta de Energia Elétrica N°: 026000-043

Cód. para Déb. Automático: 00010340640

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 683 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura
Jun / 2019	25/06/2019	24/07/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

013.477.734-44

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1034004-0

#### Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Sóbit mais em  
www.gov.br/vacinabrasil

CCI	Descrição	Quartílio	Tarifa S	Valor Base Calc.	Alq. - omfg	Bem Calc	Fim/RB	Cobrança	Demonstrativo		
									Tributos Total(R\$) / CMG(RB)	CMG	PerCálculo(RB)
0801	Consumo em kWh	79.000	0,580730	45,87	45,87	25	11,47	45,87	0,50	2,29	
0801	Adic. B. Amanhã			0,37	0,37	25	0,09	0,37	0,00	0,02	
0810	Subsídio	19,68	19,68	25	4,91	19,68	0,21	0,00	0,00	0,00	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>											
0807	CONTRIBUIC. LUM PÚBLICA			3,23	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0808	Devolução Subsídio			-13,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 54,58 85,90 16,47 65,90 0,71 3,29  
Tarifa e Tributos 0,400040

**Média Últimos meses (kWh)** 72 **VENCIMENTO** 02/07/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 54,58

**Histórico de Consumo (kWh)**  
6 | 16 | 52 | 51 | 53 | 58 | 58 | 58 | 70 | 71 | 71 | 71 | 72  
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVADO AO FISCO  
13a5.3530.f6f1.200c.8cb1.5228.57bb.3975.

#### Indicadores de Qualidade 4/2019 - Ótimo

Limits da ANEEL	Apurado	União de Tensão (V)
DIG MENSAL	12,35	0,00
DIG TRIMESTRAL	24,71	NOMINAL
DIG ANUAL	49,42	220
FIG MENSAL	7,74	0,00
FIG TRIMESTRAL	15,43	CONTRATADA
FIG ANUAL	30,98	LIMITE INFERIOR
DMIG	8,79	202
DIQR	18,80	LIMITE SUPERIOR

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Impostos de Det. da Energia(RB)	11,31	20,73
Compta de Energia	16,14	29,57
Impostos de Transmissao	1,78	3,22
Encargos Bemais	2,67	4,88
Impostos Diretos e Encargos	2,70	4,99
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>54,58</b>	<b>100,00</b>

Valor do US\$D (Ref. 4/2019) R\$ 15,25

#### ATENÇÃO

2019-06-01 00:00:00 2019-06-30 23:59:59

#### Faturas em atraso

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | 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 de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Eugenio de Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.073.744 / 64, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria de Lourdes dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.477.734-44

do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Severino Ladeira dos Santos,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 838.244.034 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

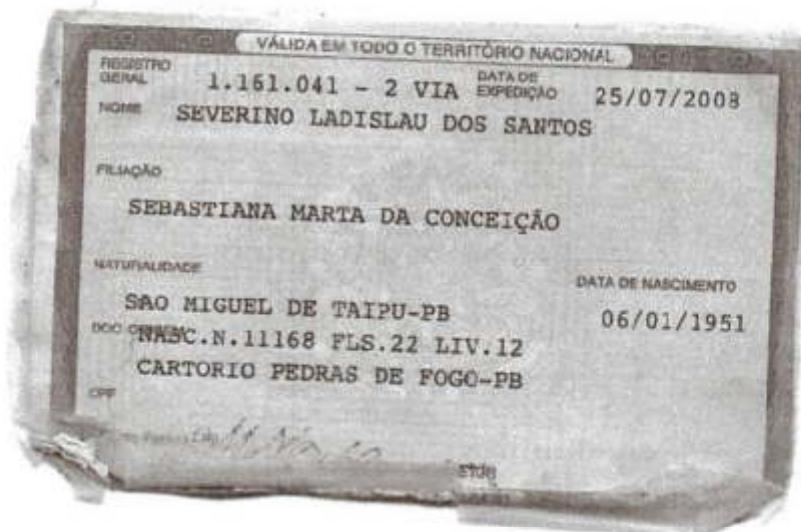
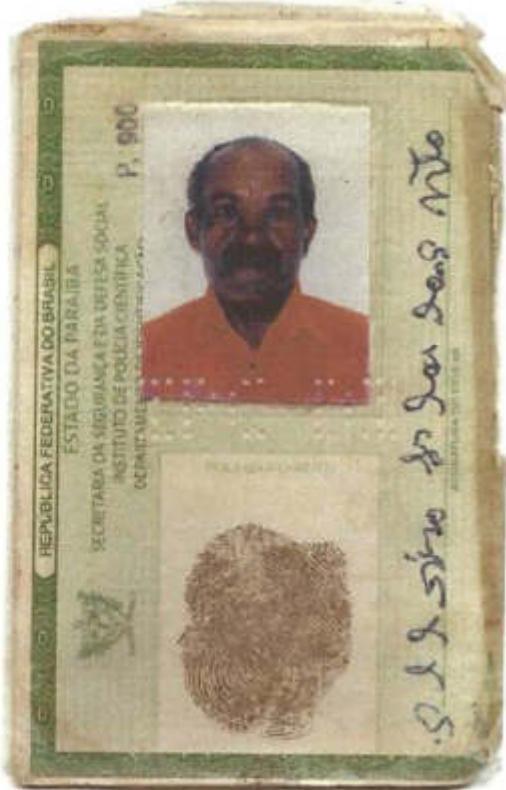
Recuso Informar

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>Sítio Tong NOVO</u>	Número:	<u>S/N</u>	Complemento:	<u>corre</u>
Bairro:	<u>Zona rural</u>	Cidade:	<u>P. de Fora</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>eugeniooliveira@ibptmail.com</u>			CEP:	<u>58.328-000</u>

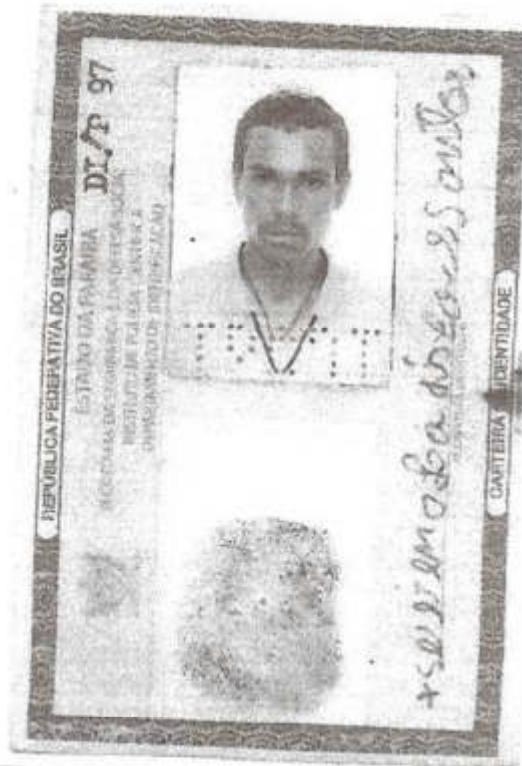
Local e Data: DJ Pato PR 16/04/19

Eugenio de Oliveira  
Assinatura do Declarante



*Confira e/ o original*

**Egilson de Oliveira**  
**Advogado**  
**OAB/PB 22.236**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**077.224.694-77**

Nome  
**SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**

Nascimento  
**01/08/1983**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



## Certidão de Casamento

NOMES

JOSÉ GENESIO DA SILVA

CPF 289.547.184-34

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

CPF 013.477.734-44

MATRÍCULA:

0717610155 2019 2 00009 014 0003014 08

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS DE NASCIMENTO, NATURALIDADE, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔNJUGES

Contraente 1: JOSÉ GENESIO DA SILVA, nascido em vinte e três de novembro de um mil novecentos e cinquenta e cinco (23/11/1955), natural de Aliança-PE, brasileiro. Filho de Izaura Firmino da Silva.

Contraente 2: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS, nascida em cinco de outubro de um mil novecentos e setenta e seis (05/10/1976), natural de São Miguel de Taipu-PB, brasileira. Filha de Severino Ladislau dos Santos (Falecido) e de Maria Severina da Conceição (Falecida).

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENO) \_\_\_\_\_  
nove de maio de dois mil e dezenove

DIA 09 MÊS 05 ANO 2019

REGIME DE BENS DO CASAMENTO \_\_\_\_\_  
Comunhão Universal de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO) \_\_\_\_\_  
Ele: O mesmo nome de solteiro  
Ela: O mesmo nome de solteira

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESER \_\_\_\_\_  
Registro lavrado em 09/05/2019, no Livro B-00009, Nº 3014, folha 14.

Cartório Melo Rodrigues

Maria Goretti Melo Rodrigues - Oficiala Registro Civil

Pedras de Fogo-PB

R. Augusto dos Anjos 53 Centro Pedras de Fogo-PB - CEP 58328000  
Fone: 081-36351028 E-mail: registrocivilrcpn@gmail.com

Selo Digital: AIJ50516-BISW

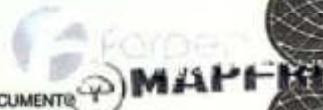
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Pedras de Fogo-PB, 09 de maio de 2019

*Maria Goretti Melo Rodrigues*  
Maria Goretti Melo Rodrigues  
Oficiala do Registro Civil

Consulte a autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emolumentos e taxas: R\$ 0,00



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO





## MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 60949 Série DAZ.24-PB

Maria de Lourdes dos Santos  
ASSINATURA DO PORTADOR

Nome Maria de Lourdes dos Santos

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Loc. Nasc. São Miguel de Ibiapaba PB Data 05.10.1976  
Pátria Sertaneja Lourdes dos Santos e  
Maria Sertaneja de Coqueiros  
Doc. nº 11.289 folha 52 lin 12

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... Doc. Ident. n° .....  
Exp. em ..... Estado .....  
Obs. ....  
Data Embarque 25.10.98

DRT Pedro II Fogo PB

Assinatura do Funcionário  
José Fernando .....  
Matrícula 895

**OUTORGANTE:** **SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade sob o nº. 2.728.737 SSP/PB, inscrito no CPF de nº. 077.224.694-77, residente no Sitio Engenho Novo I, s/n, zona rural, Pedras de Fofo – PB, CEP: 58.238-000.

**OUTORGADO:** **EGILSON DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB nº. 22.236 com endereço profissional na Praça do Três Poderes, s/n, Centro – Cruz do espírito Santo/PB, onde recebe as notificações, citações e intimações, Tel. (83)98725-4550 / 98213-4617, e-mail: egilsonoliveira@hotmail.com.

**PODERES GERAIS:**

a quem confere os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, Tribunal, ou Repartição Pública Municipal, Estadual, Federal, Autarquias, sociedade de economia mista, empresas públicas e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou privado para tratar de assuntos do seu interesse.

**PODERES ESPECIAIS:**

A presente procuração outorga o Advogado acima descrito, os poderes especiais para requerer perante a Seguradora Líder, indenização do Seguro DPVAT em razão do óbito do genitor do outorgante, s.r. SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS, falecido em 13/09/2018, no Hospital de Emergência, vítima de acidente de motocicleta, podendo ainda, receber citações e intimações administrativas e judiciais, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, alterações de dados especiais, cadastro, ficha, receber valores, dar e receber quitação, podendo ainda requerer arbitramento de fiança, Impetrar Habeas Corpus, liberdade provisória, revogação de prisão preventiva, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, receber seguro DPVAT, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo agir em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes sem necessidade de prévia notificação ao outorgante, enfim, praticar todos os atos processuais que ache opportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Pedras de Fogo (PB), 28 de Junho de 2019.

X *Severino Ladislau dos Santos*  
Outorgante

**OUTORGANTE:** MARIA DE LOURDES DOS SANTOS, brasileira, solteira, do lar, portadora da cédula de identidade de nº. 22800144 - SSP/PB, inscrita no CPF de nº. 013.477.734-44, e **ANDRE LADISLAU DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade sob o nº. 2546316 SSP/PB, inscrito no CPF de nº. 071.880.984-09, ambos, residentes de domiciliados no Sítio Engenho Novo I, s/n, zona rural, Pedras de Fogo – PB, CEP: 58.238-000.

**OUTORGADO:** EGILSON DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB nº. 22.236 com endereço profissional na Praça do Três Poderes, s/n, Centro – Cruz do espírito Santo/PB, onde recebe as notificações, citações e intimações, Tel. (83)98725-4550 / 98213-4617, e-mail: egilsonoliveira@hotmail.com.

**PODERES GERAIS:**

a quem confere os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, Tribunal, ou Repartição Pública Municipal, Estadual, Federal, Autarquias, sociedade de economia mista, empresas públicas e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou privado para tratar de assuntos do seu interesse.

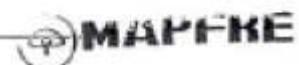
**PODERES ESPECIAIS:**

A presente procuração outorga o Advogado acima descrito, os poderes especiais para requerer perante a Seguradora Lider, indenização do Seguro DPVAT em razão do óbito do genitor dos outorgantes, s.r. SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS, falecido em 13/09/2018, no Hospital de Emergência, vítima de acidente de motocicleta, podendo ainda, receber citações e intimações administrativas e judiciais, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, alterações de dados especiais, cadastro, ficha, receber valores, dar e receber quitação, podendo ainda requerer arbitramento de fiança, Impetrar Habeas Corpus, liberdade provisória, revogação de prisão preventiva, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, receber seguro DPVAT, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo agir em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes sem necessidade de prévia notificação ao outorgante, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Pedras de Fogo (PB), 28 de Junho de 2019.

Maria de Lourdes dos Santos  
Outorgantes

x Andre Ladislau dos Santos



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249470/19

**Vítima:** SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS

**CPF:** 888.244.034-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/06/2018

**Titular do CPF:** SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de casamento  
Certidão de óbito  
Documentos de identificação  
Outros

### EGILSON DE OLIVEIRA : 045.073.744-64

Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARIA DE LOURDES DOS SANTOS : 013.477.734-44

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### ANDRE LADISLAU DOS SANTOS : 071.880.984-09

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS : 077.224.694-77

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

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.

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019  
Nome: EGILSON DE OLIVEIRA  
CPF: 045.073.744-64

---

EGILSON DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019  
Nome: JOAO AUGUSTO MOREIRA  
CPF: 223.186.218-29

---

JOAO AUGUSTO MOREIRA