
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



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, 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

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

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

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

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

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 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



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

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	888. 244. 034-68	Severino Ladislau dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Severino Ladislau dos Santos		077.224.694-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	Sítio Engenho Novo I		Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona rural	Pedras de Fogo	PB	58.328-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
egilsonoliveira@hotmail.com	(83) 9825 4530		

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

RENDA MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1657 013	CONTA: 00007241 6	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Felo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:	13/09/2018
Grau de parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____		
Vítima teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos?
		Vivos: 03 Falecidos: 0	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Severino Ladislau dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

Egilson de Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	888.244.034-68	Gervino Ladislau dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
André Ladislau dos Santos			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	Sítio Engenho 1000 I	SN	cam
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona rural	Pedras de Fogo	PB	58-328-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
egisonoliveira@hotmail.com	(83) 987254550		

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4913 013 CONTA: 0000 9598 9

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica 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.

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

Impressão digital da vítima ou do representante legal	Local e Data: Pedras de Fogo - PB, 15/07/19	TESTEMUNHAS
Nome: _____	CPF: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	CPF: _____
	Assinatura do Procurador (se houver):	Assinatura
		2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, em seu nome, 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: Severino Ladislau dos Santos

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

Nome completo: Maria de Lourdes dos Santos CPF: 013.477.734-44

Profissão: Agricultura Endereço: Sítio Engenho Novo I Número: 5N Complemento: Casa

Bairro: Zona rural Cidade: Pedras de Fogo Estado: PB CEP: 58.328-000

E-mail: egilsonoliveira@hotmail.com Tel.(DDD): (33)98725-4550

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

RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4913 013 CONTA: 00009584 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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: 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: 03 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

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

Local e Data: Pedras de Fogo-PB, 15 de julho de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Lourdes dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Egison de Oliveira
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, 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.

23 JUL 2019



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, escrevã(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 trânsito 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 dependências 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, escrevã(o) que digitei.

Maria de Lourdes dos Santos

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

Comunicante

[Assinatura]

Escrevã(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-PE, 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 EXTENSO)
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, N° 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
Oficiala do Registro Civil

MUNICÍPIO/UF
Distrito de Pedras de Fogo-PB

ENDEREÇO
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

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

1º OFÍCIO REGISTRAL de RCPN
CARTÓRIO MELO RODRIGUES
Maria Goretti Melo Rodrigues
Oficial Titular

ARPENBRASIL AA 002604149 BRP

MAPFRE

23 JUL 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
SEVERINO LADISI.AU DOS SANTOS

CPF
888.244.034-68

MATRÍCULA:
072249 01 55 2018 4 00123 067 0049384 76

SEXO
Masculino

COR
Preta

ESTADO CIVIL E IDADE
Solteiro, 67 anos

NATURALIDADE
São Miguel de Taipu, Paraíba

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
RG nº 1161041 SEDS/SDS/PB emitido em
25/07/2008, CPF nº 888.244.034-68

OUTROS
Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DE FALLECIMENTO

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

DIA
13

MÊS
09

ANO
2018

LOCAL DE FALLECIMENTO

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)

SEPULTAMENTO / CREAMÇÃO

CENTÉRIO MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DE TAIPU-PB

DECLARANTE

SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS, RG nº 2729737 SEDS/PB, CPF/MF nº 077.224.694-77, profissão AGRICULTOR, estado civil solteiro, residente SÍTIO ENGENHO NOVO, S/N, ZONA RURAL, PEDRAS DE FOGO-PB, filho do falecido

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTAR(AM) O ÓBITO
DR DELFIM SOARES DE ANDRADE, CRM 2205

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES A ACRESCER

Declaração de óbito nº 20840299-0. Atto registrado no livro C-120, 2ª folhas 67, sob o nº 49384. Data do registro: 14 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 solteiro. 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 EMISSÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	1161041	25/07/2008	SEDS/SDS/PB	

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Ofício

Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício

CNPJ: 11.963.335/0001-93

Oficial Registrador

Claudia Cristina Lima Marques

Município/UF

João Pessoa-PB

Endereço

Av. Cruz das Armas, 3142, Sl. 02, Ed. Planalto Center, Func. I, CEP: 58007-000 Telefax: (83) 3233-3600 E-mail: cartorio@marquescosta@gmail.com

Selo digital AFI17560-WC4I

Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tpb.jus.br/>

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

CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS

Cartório Hermano José Medeiros Rodrigues

RG nº 072249 01 55 2018 4 00123 067 0049384 76

RG DOS TRES PODERES, 67 - PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

- Tabelionato,
- Registro de Imóveis
- Protestos
- Pessoa Jurídica
- Títulos e Documentos



AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 365 - II do CPC)

15 JUL. 2019

AIA04679 - TUR8

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

Elisângela Angela de Oliveira Silva Felix

CARTÓRIO MARQUES COSTA

11º Ofício

Endereço: Av. Cruz das Armas, 3142, Sl. 02, Ed. Planalto Center, Func. I, CEP: 58007-000



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



23 JUL 2019

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: 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 Ladislau dos Santos,

RG nº 2.228.737, data de expedição 05/09/2007,

Órgão SSP/PB, CPF nº 077.224.694-77,

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>equinoxoliveira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

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

*Severino Ladislau dos Santos
Assinatura do Declarante

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: 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 Adeslau dos Santos,

RG nº 2546313, 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>Stio 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>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.328-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 98725-4550 / 98213-4617</u>
E-mail	<u>eqibonoliveira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Pedras de Fogo, PB, 15/04/19

André Adeslau dos Santos

Assinatura do Declarante



Ligase MONOFASICO
C/Sec: R/R MTC B1/ R/RURAL- R/RURAL RESIDENCIAL
Raters: 15-288-821-1342 Referencia Jun: 2019
Medidor 000094798 Emisao: 25/06/2019

ENERGIA PARAJUC: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-208, Km 25 - Orla Nordeste - Jaboatão / PE - CEP 54071-000
CNPJ 08.095.193/0001-40 - Insc. Est. 16.015.923-4

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 026 069 343
Cód. para Dth. Automática: 000 103-0046

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 683 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 Insc. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1034004-0

Canal de contato

Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em vaca.org.br

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/09/18	3402	29/09/18	3621	1	79	33

C/C	Descrição	Demonstrativo								
		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cob.	Adq.	Com(R\$)	Base Calc.	Per(R\$)	Contrib(R\$)
				Tributos Totais	ICMS(R\$)	ICMS		Per/Cob(R\$)	(10x45%)	(1,9859%)
0001	Consumo em kWh	79,000	0,980730	45,87	45,91	35	11,47	45,87	0,50	2,29
0001	Adic. B. Amarela			0,37	0,37	25	0,09	0,37	0,05	0,02
0010	Subsídio			18,68	18,68	25	4,91	18,68	0,21	0,98
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			2,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Devolução Subsídio			-13,55	0,00	0	0,00	-13,55	0,92	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	54,58	35,93	18,47	65,90	0,71	2,29
Tarifas/Tributos	0,600340						

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

Historico de Consumo (kWh)

6	16	22	31	32	38	50	70	99	71	71	72
Jun/16	Jul/16	Aug/16	Sep/16	Oct/16	Nov/16	Dec/16	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19	May/19

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

Indicadores de Qualidade				Composição de Custos		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	12,35	0,00	ACIDENTAL	Serviços de Dist. de Energia (PE)	11,31	22,35
DIG TRIMESTRAL	24,71			Custos da Geração	18,14	28,47
DIG ANUAL	49,42			Serviço de Transmissão	2,67	2,22
PIC MENSAL	1,74	0,00		Encargos Sociais	2,67	2,22
PIC TRIMESTRAL	11,65		CONTRATA LIMITE INFERIOR	Impostos, Tarifas e Encargos	27,70	41,59
PIC ANUAL	30,39		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
CMG DCE	6,79	0,00				
CMG DCE	16,80					
				Total	64,68	100,00

View of EUSO (Rev. 4/2019) RE 16.25

ATENÇÃO

DOI: 10.1002/eqm2.20113

Facturas em atraso

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS
SIT TABATINGA, S/N / FERTO DE JOSIAS - AREA RURAL
PEDRAS DE FOGO / PB CEP: 58328000 (AG. 113)

Ligação: MONOFÁSICO
Cip/Sob: RUIR MTC B2 / RURAL - RURAL RESIDENCIAL
Ruído: 15 - 205 - 021 - 1340 Referência: Jun/2019
Medidor: 00000914786 Emissão: 25/06/2019



ENERGISA PARANÁ: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 290, Km 25 - Centro Industrial - João Pessoa/PB - CEP 5071-880
UNFAS 000 153/5001-40 - Ins. Est. 18.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº: 06699543
Cód. para Deb. Automático: 00010340040

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 683 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 Ins. Est.

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

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinaobrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 23/06/19	Leitura 3542	Data 25/06/19	Leitura 3621	79

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa U	Valor Base Calc	Alíq.	Imposto (R\$)	Base Calc	Per (R\$)	Correção
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	CMS	Per (R\$)		(1,0645%)	(4,9965%)
0801	Consumo em kWh	79,000	0,560730	45,87	45,87 25	11,47	45,87	0,50	2,29
0801	Adic. B. Amarela	0,37	0,37 25	0,09	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00
0810	Subsídio	19,58	19,58 25	4,91	19,58	0,21	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA	2,29	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio	-13,55	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	54,58	35,90	16,47	65,90	0,71	3,29
Tarifa si Tributos	0,400240						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
73	02/07/2019	R\$ 54,58

Histórico de Consumo (kWh)

6	16	22	31	33	39	58	70	58	71	77	72
Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/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 - Outubro

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,35	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	24,71		
DIC ANUAL	49,42		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIG MENSAL	7,74	0,00	
FIG TRIMESTRAL	15,49		LIMITE SUPERIOR 231
FIG ANUAL	30,98		
DMC	8,79	0,00	
DICR	16,50		

Composição do Consumo

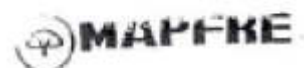
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Del. da Energia/PB	11,31	20,73
Conta de Energia	10,14	18,57
Serviço de Transmissão	1,76	3,22
Encargos Setoriais	2,57	4,69
Impostos, Juros e Encargos	2,20	4,03
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	54,58	100,00

Valor do EUSD (Ref. 4/2019) R\$ 15,29

ATENÇÃO

Salvamento DEC 7.001/13 R\$ 13,35

Faturas em atraso



23 JUL 2019

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: 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/BIBLIOTECASWEB/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 Egison 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 Ladislau dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 888.244.034 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

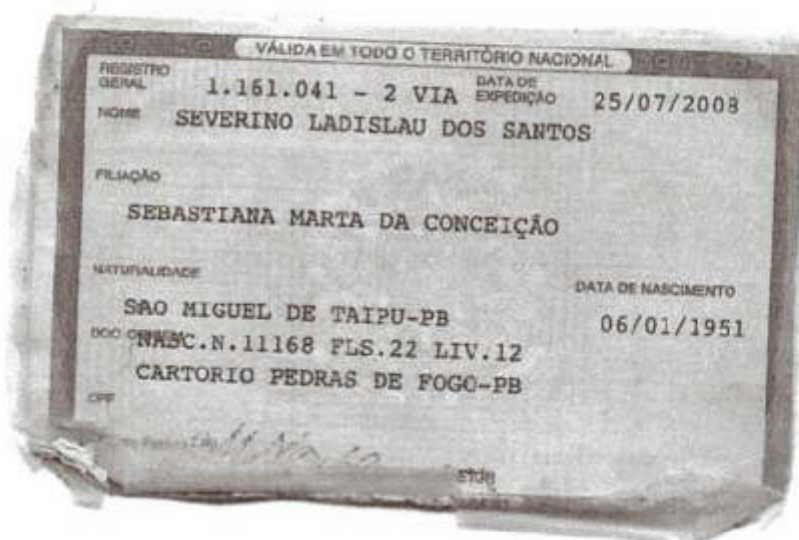
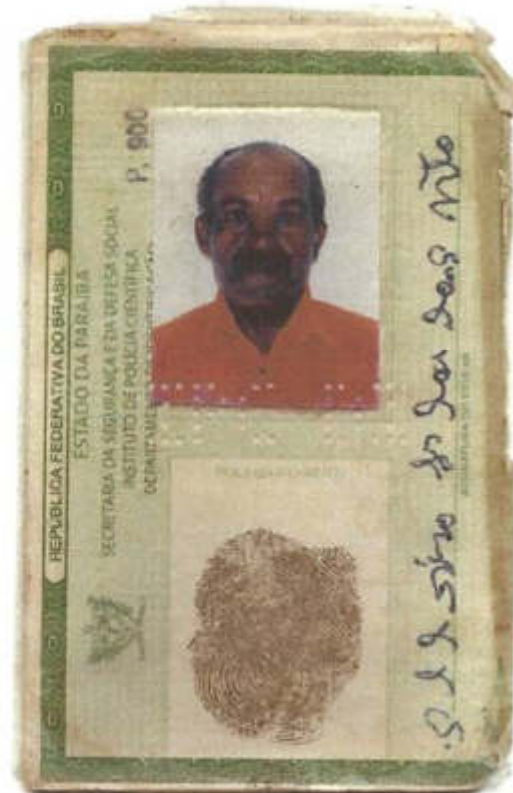
☒ Recuso informar

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 Tang Novo</u>	Número: <u>5/N</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Zona rural</u>	Cidade: <u>P. de Foz</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>egisonoliveira@btmail.com</u>	CEP: <u>58.328-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 987254550</u>

Local e Data: Boa Pessoa PB 16/02/19

Egison de Oliveira
Assinatura do Declarante



Conferir e/ou original


Egilson de Oliveira
Advogado
OAB/PB 22.236

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.728.737 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2007

NOME SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS

FILIAÇÃO SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS
MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE PEDRAS DE FOGO-PB

NASC. N. 14387 FLS. 26 LIV. 15 DATA DE NASCIMENTO 01/08/1983

CARTÓRIO PEDRAS DE FOGO-PB

CPF

Assinatura do Diretor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DI.F.P. 97

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE PARANÁ - IDENT. 2

COMPANHIA DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE

Severino Ladislau dos Santos

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

CARTeira DE IDENTIDADE

Amã 60-67 2002 9 10 10

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIA GERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

RECIDOS

67 10 10

D.1.P.97

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2546313 DATA DE EXPEDICAO 24 ABR. 1998

NOME ANDRÉ LADISLAU DOS SANTOS

Severino Ladislau dos Santos

FIGEACAO Maria Severina da Conceição

Itambé-PE 27.10.1980

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.Nº.14386.Fls.26V.Liv.15.

DOO ORIGEM Cart.Pedras de Fogo-PB.

CPF

ASSINATURA CO. 116 DE 29/02/83

LELNº 116 DE 29/02/83

VACINADO

BRASIL

LIVRE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

071.880.984-09

Nome

ANDRÉ LADISLAU DOS SANTOS

Nascimento

27/10/1980

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.T.O.-A

Maria de Lourdes dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **22 801 44** DATA DE EXPEDICAO **06 MAIO 1996**

NOME **MARIA DE LOURDES DOS SANTOS**

FILIAÇÃO **Everino Ladislau dos Santos
Maria Everalina de Conceição**

São Miguel de Taipu-PB **05.10.1976**
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasç. Nº 11.289 Fls. 52 Liv. 12
Cert. Pedras de Fogo - PB

CPF **000.000.000**

**TO VACINADO
BRASIL
LIVRE
DA ESCOLA**

LEI Nº 7.116 DE 20/08/81

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

013.477.734-44

Nome
MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

Nascimento
05/10/1976

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13106561

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS E EGAR
(Art. 13 da Lei nº 1.160/64)



ASSINATURA DO PORTADOR

Egilson de Oliveira



ASSOCIAÇÃO

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO



INSCRIÇÃO 22236

NOME
EGILSON DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
JOSÉ CLEMENTINO DE OLIVEIRA
LINDALVA RAFAEL DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
PEDRAS DE FOGO-PB

RG
2751222 - SEDS/PB

DATA DE NASCIMENTO
09/08/1981

CPF
045.073.744-84

DATA DE EXERCÍCIO DA
01/03/2016

SIM

PAULO ANTONIO NUNES SILVA
PRESIDENTE



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 EXTENSO)

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 CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

Ele: O mesmo nome de solteiro

Ela: O mesmo nome de solteira

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEM

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

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

Selo Digital: **A1J50516-BISW**

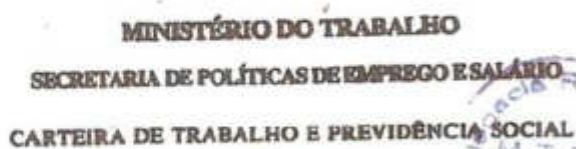
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos e taxas: R\$ 0,00



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



23 JUL 2019



ASSINATURA DO PORTADOR

Assinatura do Funcionário

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 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 judicium 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 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.

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 judicium 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 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 André Ladislau dos Santos

 **MAPFRE**

23 JUL 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249470/19

Vítima: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS

CPF: 888.244.034-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: SEVERINO LADISLAU DOS SANTOS

CPF de: Próprio

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 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