

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2015

Carta nº: 7200138

A/C: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150540684
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/06/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Certidão de inexistência de IML

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Tokio Marine Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2015

Carta nº 8316279

a/c: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150540684
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

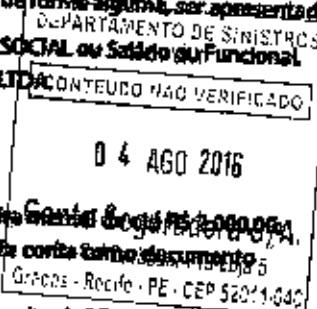
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com ~~dados de titularidade~~ da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 57.10874 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF 067881894-52 / CNPJ _____, PROFISSÃO ALUNO
 E RENDA MENSAL DE R\$ ALUNO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA THALITA KELLY SILVA N, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Supen nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados ~~não devem~~ de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também ~~não devem~~ ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4313 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1435-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA
POUPANÇA

6277 8012 1977 9547
ALEXANDRE F D NASCIMENT
4913 013 00001479-2 07/21

etc

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Thalita Kelly Silva Norzimento</i>		CPF titular da conta <i>144.739.464-70</i>	Profissão
Endereço <i>rua Bom que Doi</i>		Número <i>314</i>	Complemento <i>Zona Rural</i>
Bairro <i>rua Bom que Doi</i>	Cidade <i>Pedras de Fogo</i>	Estado <i>PB</i>	CEP
Email <i>previdenciaria@bancanorzi.com.br</i>			Telefone (DDD) <i>(83) 3241-6957</i>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa PB 12 de Dezembro de 2018
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
19 DEZ. 2018
PROTOCOLC

Thalita Kelly Silva Norzimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FATO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: Thalita Kelly Silva Nascimento CPF: 144.769.464-70
Profissão: _____ Endereço: Sítio Condição Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Pedras de Fogo Estado: PB CEP: 53325-000
E-mail: procurador@condicao.com.br Tel. (DDD): (33) 48650-5133

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

RENDAS MENSAL:
☒ RECLUSO 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 (ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2425 2 CONTA: 25254 9
(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 INVALIDEZ PERMANENTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO PRETENDIMENTOS PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: João Pessoa - PB 31/01/19
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Thalita Kelly Silva Nascimento
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV
Assinatura
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

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

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

31 JAN 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FATO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: Thaísia Kelly Silva Nascimento CPF: 144.769.464-70
Profissão: Serviço Doméstico Número: 582 Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Pedras de Fogo Estado: PB CEP: 53325-000
E-mail: praziliana@luciana.com.br Tel. (DDD): (33) 48650-5133

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO 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 (ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2425 2 CONTA: 25254 9 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO PRETENDIMENTOS PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: João Pessoa - PB 31/01/19
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Thaísia Kelly Silva Nascimento
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV
Assinatura
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

31 JAN 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1011632/16

26 4355



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
6ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de Pedras de Fogo, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das 16:05 horas **COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador de RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881.894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, s/n, zona rural – Pedras de Fogo/PB. E faz o seguinte **REGISTRO**.

Que no dia 23.03.2015, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa: 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta Cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona). Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva Certidão.

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

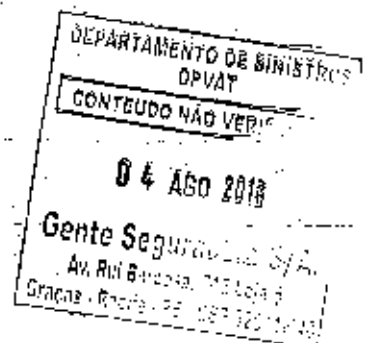
Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

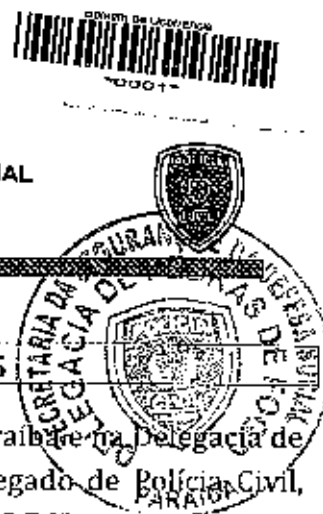
NOTIFICANTE:

Alexandre Francisco do Nascimento

Policial:

Herick Gerônimo Dias Alves
Chefe do Cartório Policial
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 155.349-6





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de **Pedras de Fogo/PB**, Estado da Paraíba, na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das **16:05 horas** COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador do RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, SN, zona rural, Pedras de Fogo/PB, E faz o seguinte **REGISTRO**.

Que no dia 23.03.2014, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha TIALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona); Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva certidão.

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE: Alexandre Francisco do Nascimento

Policial:

Petroci Pereira de Souza
Agente de Investigação
Mat. 135.591-1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 SET 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 549/2018

Aos VINTE E NOVE dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZOITO, 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 09h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, Identidade nº 5.710.871-SDS/PE, CPF nº 037.881.894-52, nacionalidade brasileiro, estado civil: em união estável, profissão: pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco Do Nascimento E De Alice Alves Do Nascimento, natural de São Lourenço Da Mata/PE, nascido(a) em 28/11/1979 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaçari, tendo como ponto de referência: zona rural, na cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, fone(s) para contato: (83) 98852-2809.

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: 23 de março de 2015;
- 3) HORÁRIO: 11h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Camaçari, zona rural de Pedras de Fogo/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma o noticiante que no dia 23/03/2015, por volta das 11:00 horas, pegou emprestada de um amigo, a motocicleta da marca HONDA/CG 125 FAN, na cor PRETA, ano 2008/2008, de placa KFS 0278 PE, e chassi 9C2JC30708R659193, registrada em nome de Anderson Joventino da Silva, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, esta na época com nove anos de idade, saiu com o veículo com destino a casa de sua mãe, também moradora da mesma localidade que o noticiante; Que no caminho, ao descer uma ladeira, o pneu dianteiro do veículo veio a derrapar, fazendo com que o noticiante perdesse o controle do veículo vindo a cair com a motocicleta, tanto o noticiante (condutor) com sua filha (carona); Que devido a queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente o noticiante acionou o SAMU para socorrê-la, tendo a mesma sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, de onde foi encaminhada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa/PB.

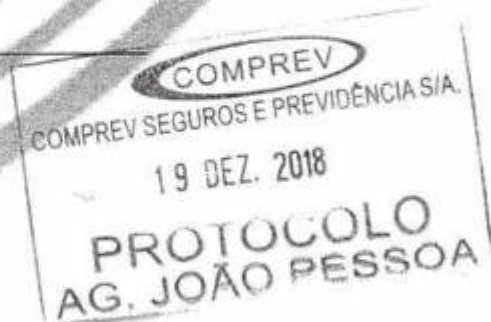
6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

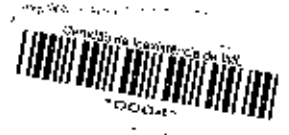
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Alexandre Francisco do Nascimento
ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
Comunicante

Marcia Raulo
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 154876-0
Escrivã de Polícia
Met: 154.876-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alexandre Francisco de Jesus portador da carteira de identidade nº 57.108.71 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.881.854-52 residente e domiciliado na Sítio Comarcani Cidade Carapana Estado _____ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

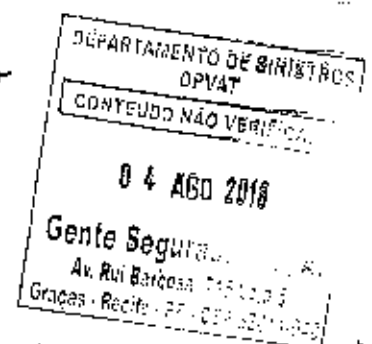
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexandre Francisco de Jesus

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Rudran de Jesus 17/02/16

Local e data

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Thalita Kelly Silva Norberto

CPF da Vítima

144.159.464-70

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Lucia Helena da Silva Maciel

CPF do Representante legal

087.538.914-80

Email

previdencia@lucia-da-silva-maciel.com.br

Telefone (DDD)

(83) 3241-6957

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 DEZ. 2018

João Paulo B. 19 de dezembro de 2018

Local e Data

PROTOCOLO
DO PESSOA

Lucia Helena da Silva Maciel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



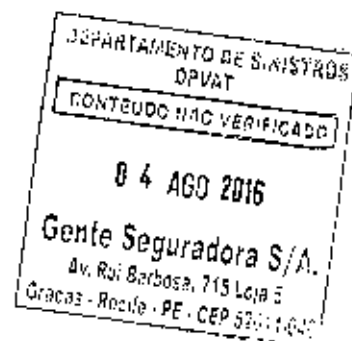
Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.

SEBASTIÃO RODRIGO DE A. RODRIGUES
Coordenador SAMU Pedras de Fogo
MAT. 3223-9 / COREN 246446





SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU




Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.


Sebastião Roberto de Almeida
Coordenador SAMU-Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN.246446





PC-00

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA CS 127
CENTRO (PX CLUB)
55870-000 TIMBAUBA PE



23/01/15

Postagem: 23/01/2015
Vencimento: 05/11/2015
Emissão: 22/10/2015
Fechamento próxima fatura: 30/11/2015



Comprovante de quitação

VISA

Resumo da fatura em R\$	
Total da fatura anterior	601,12
Pagamento efetuado em 29/09/2015	- 601,12
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	1.135,28
Total desta fatura	1.135,28

Titular: **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**
Cartão: **4006 XXXX XXXX 5058**

vencimento	pagamento total R\$	pgto. mínimo R\$	parcelamento R\$ sem juros	parcelamento R\$ com juros
05/11/2015	1.135,28	170,29	24 X 102,74	24 X 110,44



Sua vida
é mais fácil.

Se você ainda recebe sua fatura em papel, mude já para a Fatura Digital e tenha mais praticidade no seu dia a dia.

Acesse credicard.com.br e cadastre-se.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	6.300,00
Limite utilizado no mês	1.582,35
Resto de recursos Pós (saque)	520,00

Lançamentos: compras e saques

E LIMA (Final 5058)		
DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
05/04	NAGEM 07/10	84,90
02/09	ALIMENTAÇÃO RECEFE	
02/09	SERRAMOTO LTDA 02/02	36,50
23/09	VEÍCULOS TIMBAUBA	
23/09	RECARGA TIM	15,00
24/09	DIVERSOS RIO DE JANEIRO	
24/09	AUTO POSTO BARBOSA	77,00
24/09	VEÍCULOS TIMBAUBA	
25/09	ALBUQUERQUE PNEUS RPI	30,06

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONDIÇÃO DE SINISTRO

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONDIÇÃO DE SINISTRO
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu Alexandre Francisco do Nascimento

RG nº 5710874 data de expedição 1 / 1 / Órgão

CPF nº 037.881.854-59 venho por meio deste instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Ercos - Recife - PE - CEP 52011-040

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>6119 Camaraguri</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Gratão</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>5838-000</u>
Telefone da Contato	<u>(81) 9737-3049 / (81) 9163-6662</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-a.

Local e Data: Recife, de 15 de 12/02/16

Assinatura do Declarante: Alexandre Francisco do Nascimento



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE I. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X387011	26/03/2011	EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	COLOR	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL. TERNOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL. TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,61 POR M3	10 M3	56,10
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.741/2012

VENCIMENTO:

16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV
SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
19 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 016.495.183



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
SIT BOM QUE DOI SIN SMO
PEDRAS DE FOGO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1448179-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

04/12/2018

CONSUMO

49

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Roteiro: 01-285-943-1140

83610000000-6 31620054000-3 14481792018-0 12500286019-0

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

MATRÍCULA

1448179-2018-12-5



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



ARQUIVAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Brasília - DF - CEP 52011-040

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo Henrique G. F. Lima, portador(a) do RG nº 6425924, expedido por _____, em _____/_____/_____, CPF/CNPJ nº 048.735.444-32

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Francisco da Nascimento do sinistro de DPVAT da natureza involuntária da vítima Thalita Kelly Silva Nascimento, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Nenhum Renda Mensal: R\$ Nenhum

Documentos comprobatórios: Nenhum

Eduardo Henrique
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Thiagode A. Brandão inscrito (a) no CPF/CNPJ 072139414 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thalito Kelly S. Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.159.464 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura incólita da Vitima Thalito Kelly Silva, Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.159.464 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Ave Afonso Campos</u>		Número <u>40</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>previdenciou@laxendosenteno.ado</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)3241-6457</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)98650-6150</u>	

João Pessoa 19 de dezembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO: 01/05/06
NOME DA MÃE: LÚCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º: 80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º: 748.337
DATA DO ATENDIMENTO: 23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO: 13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S): Fratura exposta de perna direita
CID 10: S82.9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Glória - Recife - PE - CEP 52011-040

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdômen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdômen total
RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.
Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR: 27/03/14
DATA DA EMISSÃO: 26/02/15

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2229/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA



Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>Thelma Kelly Silva Norberto</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>23/03/2014</u>			Data da alta:		
Diagnóstico inicial: <u>Fratura Exposta da Perna Direita</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura Exposta da Perna D</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Exame físico + Radiografia</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Odair + Dr. José Rodrigues</u> <u>Impressão Cirúrgica + Redução imediata + imobilização</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente vítima de trauma em perna D com</u> <u>fratura exposta, foi submetido a fratura</u> <u>cirúrgica com imobilização e tratamento</u> <u>por seguimento da fratura</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Ceftriaxona + Paracetamol</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em <u>HTOP</u> para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão					
João Pessoa: <u>27</u> de <u>03</u> de <u>2014</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Kelton B. Gonçalves
Médico
CRM 654



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06
NOME DA MÃE	LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO	13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdomen total
RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.
Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR: 27/03/14
DATA DA EMISSÃO: 26/02/15

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
19 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

COMARCA DE PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

Nascimento, Casamento, Óbito e Interdição

Oficial - Maria Goretti Melo Rodrigues

REGISTRO DE NASCIMENTO

Certifico, que as fls. 132 - Livro A-34, sob nº. 25.703 do Registro de Nascimento, nesta data foi feito o assento de:

THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascido(a): aos primeiro de maio de dois mil e seis (01/05/2006), no Hospital Distrital, desta cidade, às 10:00 horas, do sexo feminino.

Filho(a) de: Alexandre Francisco do Nascimento e Lucia Helena da Silva Maciel.

Avós Paternos: Eugenio Francisco do Nascimento e Alice Alves do Nascimento.

Avós Maternos: João Jacinto Maciel e Darciana Josefa da Silva.

Foi declarante: O pai.

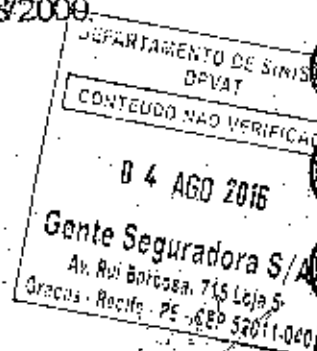
OBS: Registro feito de acordo com a lei federal em vigor, e dispensadas as testemunhas de acordo com a Lei Federal nº. 9.997 de 17/08/2000.

O Referido é verdade, e dou fé.

Pedras de Fogo, 26 de junho de 2006

Maria Goretti Melo Rodrigues

Maria Goretti Melo Rodrigues
Oficial de Registro Civil



Rua Augusto dos Anjos, 53 - Centro - CEP: 58328-000 - Pedras de Fogo, Paraíba
Fone: (51) 3635-1028 - Email: cartorio_pf@yahoo.com.br

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



EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA CS 127
CENTRO (PX CLUB) TIMBAUBA PE
55870-000

PC-00



Postagem: 23/01/2015
Vencimento: 05/11/2015
Emissão: 23/01/2015
Fechamento anterior: 20/10/2015

AVISO

Triller **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**
Cartão **4006.XXXX.XXXX.5058**

vencimento
05/11/2015

pagamento total R\$
1.135,28

pagto. mínimo R\$
170,29

parcelamento R\$
sem juros **24 X**
102,74

parcelamento R\$
com juros **24 X**
110,44



Sua vida
mais fácil.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito: 6.000,00
Limite utilizado: 1.583,35
Restante do crédito: 4.416,65

Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR	DESCRIÇÃO
22/05/04	NAGEM	84,90	ALMOÇO
22/07/09	SERRAVALLO LIMA	36,50	ALMOÇO
23/09	RE-CARGA TIM	15,00	RE-CARGA
24/10/09	AUTO POSTO BARROSA	11,20	COMPRAS
04/25/09	ALBUQUERQUE PNEUS IPI		SAQUES

Se você nunca usou seu cartão em
pele, agora já pode. A Digital
é uma nova maneira de usar o seu
cartão.

Ative a validação com biometria.



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	160,12
Parcelamento de fatura em 24x (05/06/2015)	-491,19
Juros	0,00
Lançamentos a jus	110,28
Total desta fatura	1.135,28

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CRITÉRIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

DOC IDENTIFICADORA DO CONDUTOR
8428924 SSP PE

DATA
04.07.2015

DATA NASCIMENTO
23/01/1984

PLACA
JOAO CARLOS FERREIRA

TIPO
BOMBA MARIA GOMES

PLACA
FERREIRA LIMA

PROFISSÃO
PROFISSÃO

ACE
ACE

CAT. HAB
35

PROFISSÃO
PROFISSÃO

VALIDADE
07/02/2015

VALIDADE
02/05/2005

COMENTÁRIOS
SEM OBSERVAÇÕES

LOCAL
BRASIL - PE

DATA EMISSÃO
07/02/2015

61708004888
78051084971

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Nº de inscrição
037881894-52

Data de Nascimento
28/11/79

6277 8012 1977 9547
ALEXANDRE F D NASCIMENT
4913 013 00001479-2 07/21

CAIXA

POURANCA

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A.

Av. ...

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
5710871

DATA DE EXPEDIÇÃO
15.08.1996

ALIAS
ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

ALIAS
Eugenio Francisco do Nascimento

ALIAS
Alice Alves do Nascimento

NACIONALIDADE
São Lourenço da Mata-PE

DATA DE NASCIMENTO
28.11.1979

LOCAL DE NASCIMENTO
C.N.19.166-1.A.104-3-19Cart de São Lourenço da Mata-PE

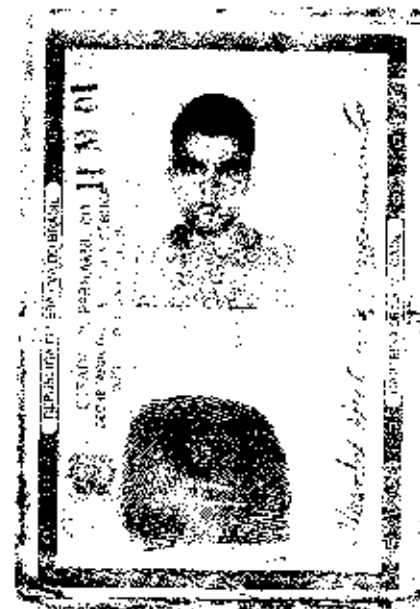
ASSINATURA
Fliane Caldas Lira

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

04 201 705
 Genle Seguradora S.A.
 Av. ...
 ...

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
 ELEIÇÕES (CDE) - CDT, emitido a pedido da pessoa física, salvo
 nos casos previstos na legislação vigente.

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em: 28/03/99



TÍTULO ELEITORAL

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

03/03/99

088874410641

022

SEDE DE FOGUETE

03/03/99

[Handwritten signature]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BERTI

108R-41



POLEGAR DIREITO



Thalita Kelly Silva Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.892.779 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/08/2018

NOME << THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO << ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO >>
<< LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO 01/05/2006

PEDRAS DE FOGO - PB

DOC. ORIGEM << CM. 25.703 L.A34 F.132 CART. >>

PEDRAS DE FOGO PB 26.06.2006/2 >>
Pedras de Fogo PB

CPF 144.159.464-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S

19 DEZ. 2018

PROTOCOLC
AG. JOÃO PESS



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
144.159.464-70

Nome
THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascimento
01/05/2006

CÓDIGO DE CONTROLE
5B0A.A029.97FA.03D2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:25:13 do dia 21/03/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
19 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10181870

USO OBRIGATORIO
CONTROLE CIVIL, PARALELOS ON PMS LEXIS
(Art. 13 da Lei nº 8.363/91)



Thiago de Ataíde Brandão

ORIGINAÇÃO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO

FILIAÇÃO
TOLSTOI DA SILVA BRANDÃO
MARIA SALETE DE ATAÍDE BRANDÃO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
2943698 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
18/08/1987

CPF
072.136.414-02

DATA DE EXPIRAÇÃO
14/03/2013

NÃO

OSCAR BEZERRA CAVALCANTI RODRIGUES
PRESIDENTE

16665

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO P.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P 97




Lúcia Helena da Silva Maciel

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EMISSÃO 13.12.1979

NOME LÚCIA HELENA DA SILVA MACIEL

FILIAÇÃO João Jacinto Maciel
Damiana Josefa de Silva

Itambé-PB

Cert.Nasc.nº 11.819-Fls-270-Liv.A16

DATA DE NASCIMENTO 13.12.1979

LOCAL DE NASCIMENTO Itambé-PB

CPF 000.000.000-00

LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

COMPREV

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
DE JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

081.538.714-80

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL

13/12/1979



14-2013

THALITA KELLY

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Alexandre Francisco do Nascimento, Brasileiro, Solteiro,
inscrito no CPF-037.884.894-52

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Pedras De Fogo, 26-07-2016

Alexandre Francisco do Nascimento

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

CARTÓRIO VINAGRE DE MEDEIROS TABELADO: Hermano José Medeiros Nóbrega SUBSTITUTO: Adriano Herman N. Medeiros Nóbrega	<ul style="list-style-type: none">• Tabelamento• Registro de Imóveis• Protesto• Respostas Jurídicas• Títulos e Documentos
EXERCÍCIO DE PODERES - RT - PEDRAS DE FOGO - PARAIBA	
Reconheço a(s) Firma(s) <u>Alexandre Francisco do Nascimento</u>	
Em test. da verdade o Tab. Público	
Pedras de Fogo - PB - 26 de 07 de 2016	
26 JUL 2016	

HERMÃO JOSÉ MEDEIROS NÓBREGA

ADD70271 - UZEX

*Seio Digital
Consulte a Autenticidade em <https://seiodigital.rih.gov.br/>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2018
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Número do Sinistro: 3180597348

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 23/03/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta nº: 9530181

A/C: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160488314 ASL-1011637/16
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta nº: 9535884

A/C: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160488314 ASL-1011637/16
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência ilegível
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com ~~dados de identificação~~ da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 57.10874 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF 067881894-52 / CNPJ _____, PROFISSÃO ALUNO
 E RENDA MENSAL DE R\$ ALUNO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA THALITA KELLY SILVA N. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Supen nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados ~~não devem~~ de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2016

Conta e CPF nº 2.000,00

Grupos - Recife - PE - CEP 52011-000

IMPORTANTE: Também ~~não devem~~ ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4313 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1435-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA
POUPANÇA

6277 8012 1977 9547
ALEXANDRE F D NASCIMENT
4913 013 00001479-2 07/21

etc

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Thalita Kelly Silva Norzimento</i>		CPF titular da conta <i>144.739.464-70</i>	Profissão
Endereço <i>rua Bom que Doi</i>		Número <i>314</i>	Complemento <i>Zona Rural</i>
Bairro <i>rua Bom que Doi</i>	Cidade <i>Pedras de Fogo</i>	Estado <i>PB</i>	CEP
Email <i>previdenciario@barradasantana.br</i>			Telefone (DDD) <i>(83) 3241-6957</i>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa PB 12 de Dezembro de 2018
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
19 DEZ. 2018
PROTOCOLC

Thalita Kelly Silva Norzimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FATO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: Thaísia Kelly Silva Nascimento CPF: 144.769.464-70
Profissão: _____ Endereço: Sítio Condição Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Pedras de Fogo Estado: PB CEP: 53325-000
E-mail: priscilamora@comunicacao-rh.com.br Tel. (DDD): (33) 48650-5133

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

RENDAS MENSAL:
☒ RECLUSO 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 (ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2425 2 CONTA: 25254 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO PRETENDIMENTOS PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: João Pessoa - PB 31/01/19
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Thaísia Kelly Silva Nascimento
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV
Assinatura
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

31 JAN 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FATO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: Thalita Kelly Silva Nascimento CPF: 144.769.464-70
Profissão: Serviço Doméstico Número: 582 Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Pedras de Fogo Estado: PB CEP: 53325-000
E-mail: procurador@compartilhado.com.br Tel. (DDD): (33) 48650-5133

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO 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 (ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2425 2 CONTA: 25254 9 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO PRETENDIMENTOS PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: João Pessoa - PB 31/01/19
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Thalita Kelly Silva Nascimento
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV
Assinatura
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

31 JAN 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1011632/16

26 4355



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
6ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de Pedras de Fogo, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das 16:05 horas **COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador de RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881.894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, s/n, zona rural – Pedras de Fogo/PB. E faz o seguinte **REGISTRO**.

Que no dia 23.03.2015, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa: 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta Cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona). Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva Certidão.

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

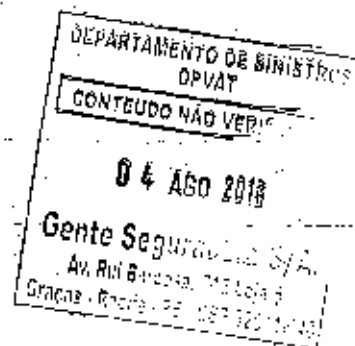
Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

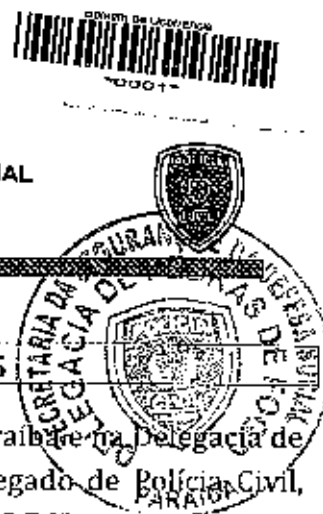
NOTICIANTE:

Alexandre Francisco do Nascimento

Policial:

Herick Germano Dias Alves
Chefe do Cartório Policial
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 155.349-6





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de **Pedras de Fogo/PB**, Estado da Paraíba, na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das **16:05 horas** COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador do RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, SN, zona rural, Pedras de Fogo/PB, E faz o seguinte **REGISTRO**.

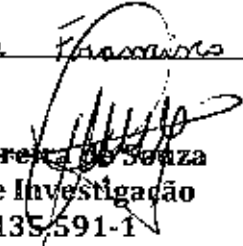
Que no dia 23.03.2014, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha TUALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona); Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva certidão.

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE: Alexandre Francisco do Nascimento

Policial:


Petroci Pereira de Souza
Agente de Investigação
Mat. 135.591-1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 SET 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 549/2018

Aos VINTE E NOVE dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZOITO, 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 09h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, Identidade nº 5.710.871-SDS/PE, CPF nº 037.881.894-52, nacionalidade brasileiro, estado civil: em união estável, profissão: pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco Do Nascimento E De Alice Alves Do Nascimento, natural de São Lourenço Da Mata/PE, nascido(a) em 28/11/1979 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaçari, tendo como ponto de referência: zona rural, na cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, fone(s) para contato: (83) 98852-2809.

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: 23 de março de 2015;
- 3) HORÁRIO: 11h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Camaçari, zona rural de Pedras de Fogo/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma o noticiante que no dia 23/03/2015, por volta das 11:00 horas, pegou emprestada de um amigo, a motocicleta da marca HONDA/CG 125 FAN, na cor PRETA, ano 2008/2008, de placa KFS 0278 PE, e chassi 9C2JC30708R659193, registrada em nome de Anderson Joventino da Silva, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, esta na época com nove anos de idade, saiu com o veículo com destino a casa de sua mãe, também moradora da mesma localidade que o noticiante; Que no caminho, ao descer uma ladeira, o pneu dianteiro do veículo veio a derrapar, fazendo com que o noticiante perdesse o controle do veículo vindo a cair com a motocicleta, tanto o noticiante (condutor) com sua filha (carona); Que devido a queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente o noticiante acionou o SAMU para socorrê-la, tendo a mesma sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, de onde foi encaminhada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa/PB.

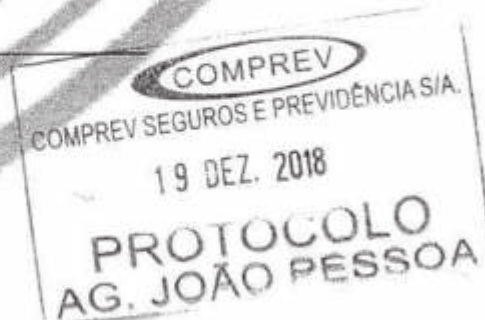
6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

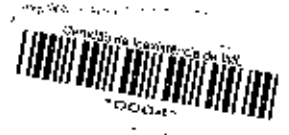
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Alexandre Francisco do Nascimento
ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
Comunicante

Marcia R. Alves
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 154876-0
Escrivã de Polícia
Met: 154.876-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alexandre Francisco de Jesus portador da carteira de identidade nº 57.108.71 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.881.854-52 residente e domiciliado na Sítio Comarcani Cidade Carapana Estado _____ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

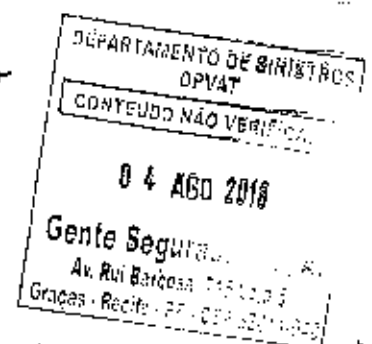
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexandre Francisco de Jesus

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Rudran de Jesus 17/02/16

Local e data

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Thalita Kelly Silva Norberto

CPF da Vítima

144.159.464-70

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Lucia Helena da Silva Maciel

CPF do Representante legal

087.538.914-80

Email

previdencia@lucia-da-silva-maciel.com.br

Telefone (DDD)

(83) 3241-6957

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 DEZ. 2018

João Paulo B. 19 de dezembro de 2018

Local e Data

PROTOCOLO
DE PESSOA

Lucia Helena da Silva Maciel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

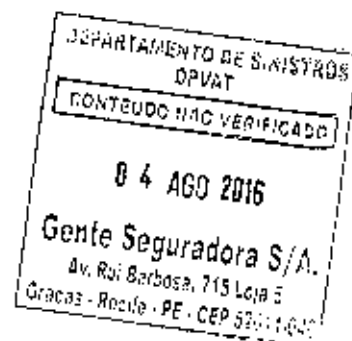


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.

Sebastião Rodolfo de A. Rodrigues
Sebastião Rodolfo de A. Rodrigues
Coordenador SAMU Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN.246446





SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU




Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.


Sebastião Roberto de Almeida
Coordenador SAMU-Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN.246446





PC-00

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA CS 127
CENTRO (PX CLUB)
55870-000 TIMBAUBA PE



23/015

Postagem: 23/01/2015
Vencimento: 05/11/2015
Emissão: 22/10/2015
Fechamento próxima fatura: 30/11/2015



Comprovante de quitação

"0015"

Exercício anterior: 2014 e atualiza em R\$

Total da fatura anterior	601,12
Pagamento efetuado em 29/09/2015	- 601,12
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	1.135,28
Total desta fatura	1.135,28

Titular: **EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA**
Cartão: **4006 XXXX XXXX 5058**

vencimento

05/11/2015

pagamento total R\$

1.135,28

pgto. mínimo R\$

170,29

parcelamento R\$

sem juros 24 X

102,74

parcelamento R\$

com juros 24 X

110,44



Sua vida
é mais fácil.

Se você ainda recebe sua fatura em
papel, mude já para a Fatura Digital
e tenha mais praticidade no seu
dia a dia.

Acesse credical.com.br e cadastre-se.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	6.300,00
Limite utilizado no mês	1.582,35
Restança de recursos Pós (saque)	520,00

Lançamentos: compras e saques

E LIMA (Atual 5058)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
05/04	NAGEM 07/10	84,90
02/09	ALIMENTAÇÃO RECEFE	
02/09	SERRAMOTO LTDA 02/02	36,50
	VEÍCULOS TIMBAUBA	
23/09	RECARGA TIM	15,00
	DIVERSOS RIO DE JANEIRO	
24/09	AUTO POSTO BARBOSA	77,00
	VEÍCULOS TIMBAUBA	
25/09	ALBUQUERQUE PNEUS RPI	30,06

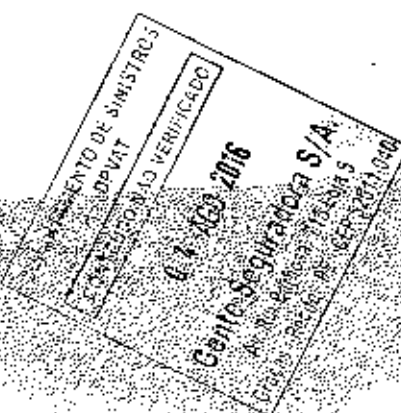
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONDIÇÃO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu Alexandre Francisco do Nascimento

RG nº 5710874 data de expedição 1 / 1 / Órgão

CPF nº 037.881.854-59 venho por meio deste instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Ercos - Recife - PE - CEP 52011-040

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>6119 Camaraguri</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Gratão</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>5838-000</u>
Telefone da Contato	<u>(81) 9737-3049 / (81) 9163-6662</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-a.

Local e Data: Recife, de 15 de 12/02/16

Assinatura do Declarante: Alexandre Francisco do Nascimento



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE I. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X387011	26/03/2011	EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	COLOR	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL. TERNOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL. TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,61 POR M3	10 M3	56,10
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.741/2012

VENCIMENTO:

16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV
SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
19 JUL 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 016.495.183



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
SIT BOM QUE DOI SIN SMO
PEDRAS DE FOGO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1448179-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

04/12/2018

CONSUMO

49

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Telefone: 01-286-943-1140

83610000000-6 31620054000-3 14481792018-0 12500286019-0

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

MATRÍCULA

1448179-2018-12-5



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



ARQUIVAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Brasília - DF - CEP 52011-040

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo Henrique G. F. Lima, portador(a) do RG nº 6425924, expedido por _____, em _____/_____/_____, CPF/CNPJ nº 048.735.444-32

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Francisco da Nascimento do sinistro de DPVAT da natureza involuntária da vítima Thalita Kelly Silva Nascimento, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Advogado

Documentos comprobatórios: Advogado

Eduardo Henrique
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Thiagode A. Brandão inscrito (a) no CPF/CNPJ 072139414 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thalito Kelly S. Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.159.464 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura incólita da Vitima Thalito Kelly Silva, Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.159.464 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Ave Afonso Campos</u>		Número <u>40</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>previdenciou@laxendosenteno.ado</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)3241-6457</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)98650-6150</u>	

João Pessoa 19 de dezembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO: 01/05/06
NOME DA MÃE: LÚCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º: 80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º: 748.337
DATA DO ATENDIMENTO: 23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO: 13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S): Fratura exposta de perna direita
CID 10: S82.9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Glória - Recife - PE - CEP 52011-040

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdômen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdômen total
RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.
Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR: 27/03/14
DATA DA EMISSÃO: 26/02/15

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2229/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA



Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>Thelma Kelly Silva Noronha</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>23/03/2014</u>			Data da alta:		
Diagnóstico inicial: <u>Fratura Exposta da Perna Direita</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura Exposta da Perna D</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Exame físico + Radiografia</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Odair + Dr. José Rodrigues</u> <u>Impressão Cirúrgica + Redução imediata + imobilização</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente vítima de trauma em perna D com</u> <u>fratura exposta, foi submetido a fratura</u> <u>cirúrgica com imobilização e tratamento</u> <u>por seguimento da fratura</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Ceftriaxona + Paracetamol</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em <u>HTOP</u> para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão					
João Pessoa: <u>27</u> de <u>03</u> de <u>2014</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Kelton B. Gonçalves
Médico
CRM 654



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06
NOME DA MÃE	LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO	13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdomen total
RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.
Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR: 27/03/14
DATA DA EMISSÃO: 26/02/15

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
19 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

COMARCA DE PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

Nascimento, Casamento, Óbito e Interdição

Oficial - Maria Goretti Melo Rodrigues

REGISTRO DE NASCIMENTO

Certifico, que as fls. 132 - Livro A-34, sob nº. 25.703 do Registro de Nascimento, nesta data foi feito o assento de:

THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascido(a): aos primeiro de maio de dois mil e seis (01/05/2006), no Hospital Distrital, desta cidade, às 10:00 horas, do sexo feminino.

Filho(a) de: Alexandre Francisco do Nascimento e Lucia Helena da Silva Maciel.

Avós Paternos: Eugenio Francisco do Nascimento e Alice Alves do Nascimento.

Avós Maternos: João Jacinto Maciel e Dauriana Josefa da Silva.

Foi declarante: O pai.

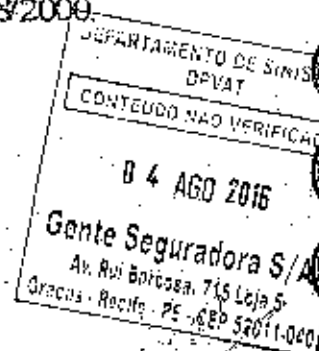
OBS: Registro feito de acordo com a lei federal em vigor, e dispensadas as testemunhas de acordo com a Lei Federal nº. 9.997 de 17/08/2000.

O Referido é verdade, e dou fé.

Pedras de Fogo, 26 de junho de 2006

Maria Goretti Melo Rodrigues

Maria Goretti Melo Rodrigues
Oficial de Registro Civil



Rua Augusto dos Anjos, 53 - Centro - CEP: 58328-000 - Pedras de Fogo, Paraíba
Fone: (81) 3635-1028 - Email: cartorio_pf@yahoo.com.br

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

[illegible]

15-13

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA CS 127
CENTRO (PX CLUB
S 5870-000 TIMBAURA PE



PostgreSQL 9.5.3 (2015)
Verzeichnis: C:\Program Files\PostgreSQL\9.5\bin
Erstellt am: 22.10.2015
Exportiert: 2015-10-22 10:20:00
Seite 1 von 1

அழகு

Resumo da futura aula

Total de fauna avícola	161,22	11,14
Piquet médio de 2000 em 2006/2013	600,11	1,1
● Sítio (município)	0,00	0,00
+ Lançamentos atuais		11,14
● Total desta fauna		1.135,22

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
4006.XXXX.XXXX.5058

8505 XXX XX 9005

of the principal

05/11/2015

payments: total RS

100

parto, minime k

170-29

paradigmas a la

102.34

percepimento MS

110,448



Sua vida
mais fácil.

Se vuole arrivare a queste sue destinate
di pace, muoversi per la salute e l'equità
e l'equità, ma, per alcuni, è un
dilemma.

Neuroscience and Biomedicine

Limites de crédito 95

Group total (a) (b) (c) (d) (e)	6,402,00
Limit - Allowance for DPs	1,582,33
Percentage of net assets (f) (a) (b) (c) (d) (e)	93,000

Lancamentos: 1995 e 1996

E LIMA (finao 5058)		
DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR DE PAGAMENTO
22/05/04	NAGEM D/710	84.500,00
22/06/09	ALIMENTACAO 75 (R\$)	36.500,00
	SERVIDAÇO LIDA 02/02	15.000,00
	VALOR DO EMPRÉSTIMO	
23/09	RECARGA TRM	
	DIVERSOS ROL DE JANEIR	
04/24/09	AUTO POSTO BARROSA	11.200,00
	VALOR DO EMPRÉSTIMO	
04/25/09	ALPUCQUEQUE PNEUS IPI	

[illegible]

529711

VALUATION

112120659

REPUBLICA DE CHILE MINISTERIO DE LAS COMUNICACIONES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES COMANDO EN JEFE FUERZA AEREA			
NOMBRE EDUARDO HERIBERTO GOMEZ FERRERIRA LIMA			
DTC IDENTIFICACION CATEGORIA 6428924 SSP VE		DTC 060.735.644-32	
FECHA 23/01/1984		RANGO JOJO CARLOS FERRERIRA	
NOMBRE DIANA MARIA GOMEZ		FAMILIA FERRERIRA LIMA	
FOTOGRAFIA 	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA	FECHA 07/02/2013	FECHA 02/05/2003	FECHA 02/05/2003
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA		FECHA 07/02/2013	
NOMBRE DIANA MARIA GOMEZ		FECHA 02/05/2003	
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA	FECHA 07/02/2013	FECHA 02/05/2003	FECHA 02/05/2003
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA	FECHA 07/02/2013	FECHA 02/05/2003	FECHA 02/05/2003
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA	FECHA 07/02/2013	FECHA 02/05/2003	FECHA 02/05/2003
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA	FECHA 07/02/2013	FECHA 02/05/2003	FECHA 02/05/2003
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA	FECHA 07/02/2013	FECHA 02/05/2003	FECHA 02/05/2003
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA	FECHA 07/02/2013	FECHA 02/05/2003	FECHA 02/05/2003
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA	FECHA 07/02/2013	FECHA 02/05/2003	FECHA 02/05/2003
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS FERRERIRA	FECHA 07/02/2013	FECHA 02/05/2003	FECHA 02/05/2003
OBSERVACIONES SIN OBSERVACIONES			
Firmado: <i>[Signature]</i>			
REVISANDO: <i>[Signature]</i>			
DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32	DTC 060.735.644-32
NOMBRE JOJO CARLOS			



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Nº de inscrição

037881894-52

Data de Nascimento

28/11/79



CAIXA

POUPANÇA

6277 8012 1977 9547

ALEXANDRE F D NASCIMENT

4913 013 0001479-2 07/21

04 AGO 2018

Gente Seguradora S/A

Av. ...

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5710871

DATA DE EXPEDIÇÃO 15.08.1996

ALIAS ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Eugenio Francisco do Nascimento

Alice Alves do Nascimento

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO

São Lourenço da Mata-PE 28.11.1979

C.N. 19.166-1.A.104-3-1eCart

de São Lourenço da Mata-PE

ASSINATURA DE FIANÇA

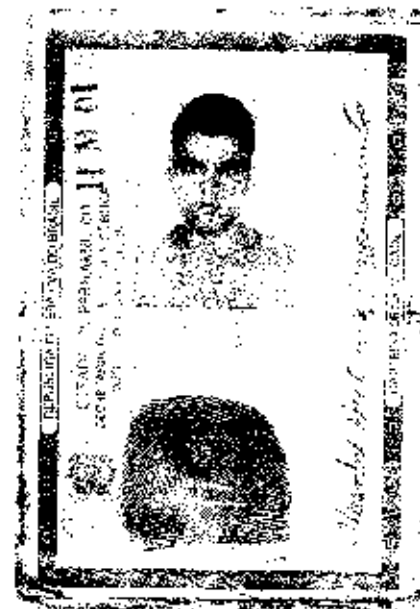
Filiane Caldas Lira

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

04 201 705
 Genle Seguradora S.A.
 Av. ...
 ...

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
 ELEIÇÕES (CDE) - CDT, emitido a pedido da pessoa física, salvo
 nos casos previstos na legislação eleitoral.

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em: 28/03/99



TÍTULO ELEITORAL

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

03/03/99

08873410641

022

SEDE DE FOGUETE

03/03/99

[Handwritten signature]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BERTI

108R-41

POLEGAR DIREITO

Thalita Kelly Silva Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.892.779

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/08/2018

NOME << THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO << ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO >>
<< LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

PEDRAS DE FOGO - PB 01/05/2006

DOC. ORIGEM << CM. 25.703 L.A34 F.132 CART.

PEDRAS DE FOGO PB 26.06.2006 >>

CPF 144.159.464-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S

19 DEZ. 2018

PROTOCOLC

AG. JOÃO PESS



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
144.159.464-70

Nome
THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascimento
01/05/2006

CÓDIGO DE CONTROLE
5B0A.A029.97FA.03D2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:25:13 do dia 21/03/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
19 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10181870

USO OBRIGATORIO
CONTROLE CIVIL, PARALELOS DE FIMES LÍQUIDS
(Art. 13 da Lei nº 8.363/91)



Thiago de Ataíde Brandão

ORIGINAÇÃO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO

PLACAR
TOLSTOI DA SILVA BRANDÃO
MARIA SALETE DE ATAÍDE BRANDÃO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
2943698 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
18/08/1987

CPF
072.136.414-02

DATA DE EXPIRAÇÃO
14/03/2013

NÃO

OSCAR BEZERRA CAVALCANTI RODRIGUES
PRESIDENTE

16665

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 DEZ. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO P.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P 97




Lúcia Helena da Silva Maciel

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EMISSÃO 13.12.1979

NOME LÚCIA HELENA DA SILVA MACIEL

FILIAÇÃO João Jacinto Maciel
Damiana Josefa de Silva

Itambé-PE

Cert. Nasc. nº 11.819-Fls-270-Liv. A16

DATA DE NASCIMENTO 13.12.1979

LOCALIDADE DE NASCIMENTO Itambé-PE

CPF

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

COMPREV

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
DE JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

081.538.714-80

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL

13/12/1979



14-2013

THALITA KELLY

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Alexandre Francisco do Nascimento, Brasileiro, Solteiro,
inscrito no CPF-037.884.894-52

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Pedras De Fogo, 26-07-2016

Alexandre Francisco do Nascimento

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

CARTÓRIO VINAGRE DE MEDEIROS TABELADO: Hermínio José Medeiros Nóbrega SUBSTITUTO: Adriano Hermínio M. Medeiros Nóbrega	<ul style="list-style-type: none">• Tabelamento• Registro de Imóveis• Protesto• Respostas Jurídicas• Títulos e Documentos
RECONHECIMENTO DE ASSINATURAS Reconheço a(s) <u>Assinatura de Alexandre Francisco do Nascimento</u> Em <u>26</u> de <u>Jul</u> de <u>2016</u> da Verdade o Tab. Público Pedras de Fogo - PB	
26 JUL 2016	

HERMINIO JOSE MEDEIROS NOBREGA

ADD70271 - UZEX

Seio Digital
Consulte a Autenticidade em <https://seiodigital.rih.gov.br/>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2018
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Número do Sinistro: 3180597348

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA