

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS


 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150673195

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA
CPF: 059.611.594-69 CPF de: Próprio Titular do CPF: ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A Data do Acidente: 27/06/2014

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Pendente		
Documentação médico-hospitalar	Pendente		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudô do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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.

Portador da documentação entregue

Data: 31/07/2015
Nome: CDRREIDS
CPF:

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 31/07/2015 16:37
Nome: Cristina Reis Peixoto dos Santos
CPF: 900.472.300-53

CDRREIDS

Cristina Reis Peixoto dos Santos



Natureza: acidente de trânsito

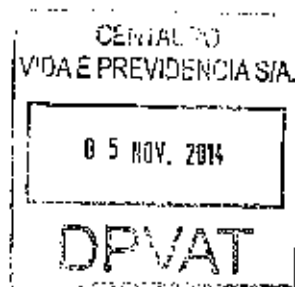
Certidão nº 2.298/2014

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº 07/2014, Ocorrência Policial 2.298/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos quinze (15) dias do mês de outubro (10) do ano de dois mil e quatorze (2014), nesta cidade de Mamanguape e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Del. Pol. MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, comigo, Escrivão, no final declarado e assinado, às 10:29 h, compareceu: **ANTÔNIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, 30 anos de idade, nascido(a) em: 12/02/1984, natural de Mamanguape-PB, filho(a) de Severino do Ramos Cardoso da Silva e de Benedita Alves do Nascimento, agricultor, RG.: 3.109.824 SSP/PB, CPF.: 059.611.594-69, Residente no(a): Rua Severino Soares Barbosa, s/nº, Gurguri, Mamanguape/PB. telefone: (83) 9369-7774. O(a) qual fez o seguinte registro: QUE no dia 27 de agosto de 2014, por volta das 9h nesta cidade de Mamanguape-PB, em frente ao Hospital Nossa Senhora do Rosário, quando um veículo Fiat/Strada, cor vermelha, atravessou na sua frente e o noticiante pilotando uma motocicleta colidiu com a lateral deste veículo, sofrendo acidente de trânsito, QUE o motorista deste veículo saiu do local afirmando que iria voltar depois de deixá-lo no próprio Hospital e não mais o fez depois do acidente, QUE o mesmo não sabe informar nada mais sobre o condutor do veículo, QUE o noticiante não possui Carteira Nacional de Habilitação - CNH, QUE a motocicleta tem as seguintes características marca/modelo: HONDA POP 100, de placa: OFH-0646/PB, ano: 2012, cor: preta, chassi: 9C2HB0210CR039312, QUE esta motocicleta está em nome de: WENNS CANDIDO DA SILVA, ao Hospital de Regional de Mamanguape-PB QUE vítima de acidente de trânsito sofreu diversas escoriações e fratura no pé direito, e recebeu alta hospitalar no mesmo dia do acidente. Era o que havia para certificar. Ciente das implicações legais contidas no artigo 299 (falsidade ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. Eu, Escrivão de Polícia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 15 de outubro de 2014.



Frederico Figueiredo Brito da Silva
APC
Mat.: 156.567-2



Notificante:

Antônio Carlos Nascimento da Silva

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Carlos Nascimento do Silva portador da carteira de identidade nº 3109824 e inscrito no CPF/ME sob o nº 058.64.584-68 residente e domiciliado na Rua Francisco José Cardoso, n. 301 Cidade ma mangueira Estado PR 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.

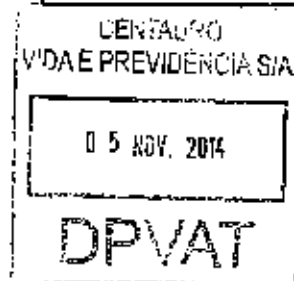
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio Carlos Nascimento do Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data



Receituário Médico

Lando Médico

Declaro para os devidos fins que o paciente
ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA foi vítima
de acidente de motocicleta em 06.08.2014, necessitando
de sutura em pé direito.

Data: 27 / 08 / 2014

Orlando Domingues A. Pontes
Médico
CRM-PB 8644

Médico - CRM





CENTRO
VDA E PREVIDÊNCIA

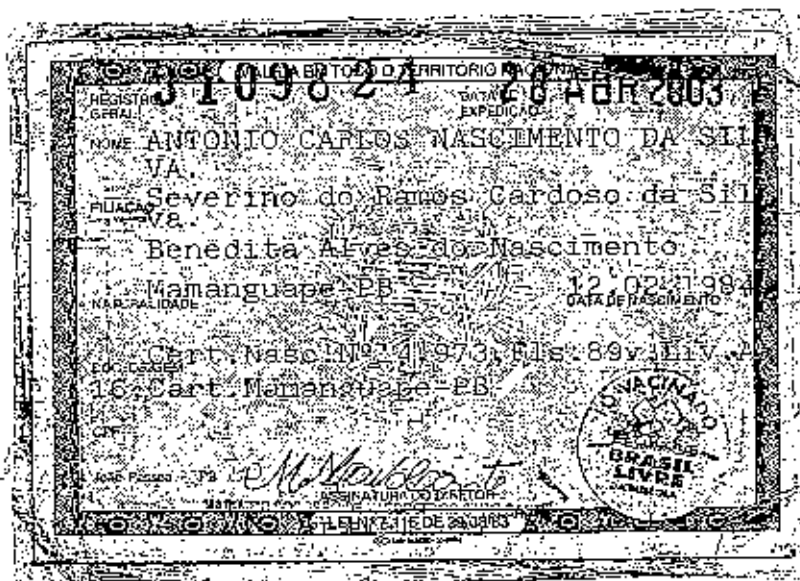
05 NOV. 2014

DPVAT

CENTRO
VDA E PREVIDÊNCIA S/A

05 NOV. 2014

DPVAT



MBM
SEGURADORA

31 SET. 2015

DPVAT

CENTRO
VDA E PREVIDÊNCIA S/A

05 NOV. 2014

DPVAT

DPVAT

MBM
SEGURADORA

31 SET. 2015

DPVAT

05 NOV. 2014

CENTRO DE PREVIDENCIA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9641224722
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: 4868544-9 00/00000000 EXERCÍCIO: 2012

NOME: BENES CANDIDO DA SILVA

CPF/CNPJ: 10915356473 PLACA: GRH0646/PB

PLACA ANT./UF: MOVO - PB CHASSI: DC2HB0210C0039312

ESPECIE / PO: GAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP100 ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP/POT/CIL: 2 P/97 /C1 CATEGORIA: PARTIC COPI PREDOMINANTE: PERITA

COTA ÚNICA: 1 PVA PAGO RM 17/09/2012 VENC. COTA ÚNICA: 1º

PARCELAMENTO/COTAS: 0 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00000000 IOP (R\$): 00000000 PREMIO TOTAL (R\$): 00000000 DATA DE PAGAMENTO: 17/09/2012

OBSERVAÇÕES: A.F. ADM DE CONC. NACION HONDA LTDA

MARCAÇÃO - PB LOCAL: 40549 DATA: 18/09/2012

36421

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
COM MOTORES DE VIE TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PRESSÃO
TRANSPORTANDO HUMANO / SEGURO DPVAT

PB Nº 9641224722 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

EXERCÍCIO: 2012

CPF / CNPJ: 10915356473 PLACA: GRH0646/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9641224722 EXERCÍCIO: 2012 DATA EMISSÃO: 18/09/2012

VIA: COD. RENAVAM: 4868544-9 GAS HONDA/POP100

AN. FAB: 2012 CATARIS: 9 Nº CHASSI: DC2HB0210C0039312

PRÊMIO TARIFARIO

FMS (R\$): 00000000 DETRAN (R\$): 00000000 CUSTO DO SEGURO (R\$): 00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00000000 IOF (R\$): 00000000 TITULAR DO SEGURO (R\$): 00000000

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 17/09/2012

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 08.248.608/0001-04
36421-1510293-20120918

2102-101



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio Carlos Nascimento da Silva

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

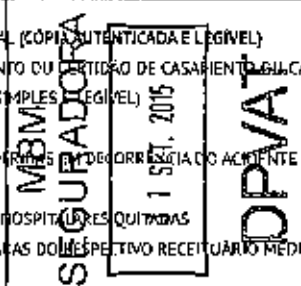
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS E O DESENVOLVIMENTO DO ACIDENTE E DO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



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 do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiro 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, Antonio Carlos Nascimento da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 3109824EXPEDIDO POR SSP-PBEM 28/04/08CPF 0596011694-69 /CNPJ _____, PROFISSÃO juizE RENDA MENSAL DE R\$ 10 mil (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 10 mil

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO --- AGÊNCIA --- (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA --- (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA --- (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA --- (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 0044 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 88388-5

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

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Antonio Carlos Nascimento da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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 médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

289-703202341-0

CAIXA Loterias CAIXA

16/OUT/2014

HORA DE 10:08:13

LOT: 13.21630-4
LOCALIDADE: MAMANGUAPE
AG. VINCULADA: 0044

TERMO: 045620
CONTROLE: 55/220950

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0044 013 00000300-5

ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

289-703202341-0

CAIXA Loterias CAIXA

VIA DO CLIENTE

CAIXA Loterias CAIXA

16/OUT/2014

HORA DE 10:08:13

LOT: 13.21630-4
LOCALIDADE: MAMANGUAPE
AG. VINCULADA: 0044

TERMO: 045620
CONTROLE: 55/220950

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0044 013 00000300-5

ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

289-703202341-0

CAIXA Loterias CAIXA

VIA DO CLIENTE

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loterias CAIXA

CENTAURO
VIA DE PREVIDÊNCIA S

05 NOV. 2014

DPVAT

MBM
SEGURADORA

31 SET. 2015

DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Carlos Nosamento da Silva

RG nº 3103824, data de expedição / / , Órgão SSP-PB,

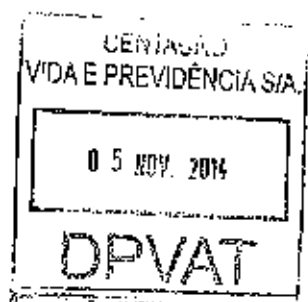
CPF nº 053.611.534-68 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Francisco José Cardoso</u>
Número	<u>301</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Ouricuri</u>
Cidade	<u>Mamanguape</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3342-2704</u>
E-mail	<u>Balmeideg@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mamanguape - PB

Assinatura do Declarante: X Antônio Carlos Nosamento da Silva



MARIA ALVES FARIAS
RUA FRANCISCO JOSE CARDOZO, 561 - GURURU
MAMANGUAPE / PB CEP: 53230-000 (AG. 14)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASE
Roteiro: 14-44-130-0360 Referência: Ago/2014
Número de C.C. 0000121635-1 Emissão: 22/08/2014

ENERGISA PARABÁ: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
9.230, Km 25 - Criciúma - Santa Helena - PB - CEP 59071-030
CNPJ 06.956.700/0001-40 - Ins. Est. 16016323-0
Nota Fiscal/Contrato Energia Elétrica Nº 000.961.610
Código para Débito Automático: 00004221840

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

ccc6 6E58 7355 bda2 696 16e7 506d280

Conta referente a CDC (Código do Consumidor): 5/422694-0

Ago / 2014

Canal de contato

Apresentação

O Início do sistema de bandeiras tarifárias, adotado para o ano de 2015, Afiança a verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Na mês de AGOSTO, a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,030 de acréscimo ao valor da tarifa, devido ao tributo de transmissão em www.aneel.gov.br.

22/08/2014

Data prevista da próxima leitura

23/09/2014

CPF/ CNPJ/ RANI

85439834453

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 24/07/14	Data: 22/08/14			
Leitura: 8334	Leitura: 8437		103	28
Faturas em atraso				
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 17/08/2014 PAGAS, OBRIGADOR				
Descrição	Demonstrativo	Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh	113	0,30446	34,40	
IMPOSTOS E ENCARGOS				
PIB			0,32	
COFINS			1,60	
CONTRIBUIÇÃO PUBLICA			5,85	
ICMS (Base de Cálculo R\$ 49,81 Alíquota 27,00%)			13,39	

Histórico de Consumo (kWh)

Jul/14	110
Jun/14	118
Mai/14	118
Abr/14	116
Mar/14	107
Fev/14	126
Jan/14	130
Dez/13	101
Nov/13	82
Out/13	76
Set/13	77
Ago/13	83

Média dos últimos meses
104 kWh

VENCIMENTO
01/09/2014

TOTAL A PAGAR
R\$ 55,26

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
Q1 2014 - R.O. Teto	0,00	NOMINAL 220
Q1 2014 - R.O. Teto	0,00	CONTRATADA 201
Q1 2014 - R.O. Teto	0,00	UNITE INFERIOR 201
Q1 2014 - R.O. Teto	0,00	UNITE SUPERIOR 201

Descrição	Valor (R\$)	%
Simplicidade de Energia	18,85	30,49
Compreensão	14,47	26,19
Segurança	1,00	1,80
Entrega	2,25	3,71
Qualidade	20,88	37,75
Outros	0,00	0,00
Total	55,26	100,00

Verificar o campo do Sistema de Gestão da Qualidade
(PDI 6/2014) R\$ 22,35

ATENÇÃO

MBM
SEGURADORA

31 SET. 2015

DPVAT

CENTRO
DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

05 NOV. 2014

DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2016

Carta nº 8503043

a/c: ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA

Sinistro: 3150673195
Vitima: ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA
Data Acidente: 27/08/2014
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



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2015

Carta nº: 7516690

A/C: ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA

Sinistro: 3150673195
Vitima: ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DA SILVA
Data Acidente: 27/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar
- Declaração do Proprietário do Veículo

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 MBM 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

