Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta n°: 11457381

A/C: PAULO LUIS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170428376 ASL-0300219/17**
Vitima:	**PAULO LUIS DA SILVA**
Data Acidente:	**19/06/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta n°: 11457382

A/C: PAULO LUIS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170428376 ASL-0300219/17**
Vitima:	**PAULO LUIS DA SILVA**
Data Acidente:	**19/06/2016**
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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta n°: 11596382

A/C: PAULO LUIS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170428376 ASL-0300219/17**
Vitima:	**PAULO LUIS DA SILVA**
Data Acidente:	**19/06/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2017

Carta n°: 11757216

A/C: PAULO LUIS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170428376 ASL-0300219/17**
Vitima:	**PAULO LUIS DA SILVA**
Data Acidente:	**19/06/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta n°: 11892372

A/C: PAULO LUIS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170428376 ASL-0300219/17**
Vitima:	**PAULO LUIS DA SILVA**
Data Acidente:	**19/06/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO LUIS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170428376**
Vitima: **PAULO LUIS DA SILVA**
Data do Acidente: **19/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170428376.**

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06.** Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora

Autorização de pagamento

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 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, Paulo Dias Silva,

PORTADOR(A) DO RG Nº 560.445 EXPEDIDO POR SSP EM 19 / 12 / 86 E

CPF 840.799.984-68 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO —

E RENDA MENSAL DE R$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA [illegible], 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 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 aparecem 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 (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até 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 benefiário/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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37.372-9
ag: 3508

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

João Pessoa/PB de 07 de 2017

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 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

889800405

BANCO DO BRASIL

Informações Essenciais - Conta-corrente e conta-poupança

JOAO PESSOA (PB), 17/07/2017

Bem-vindo, PAULO LUIS DA SILVA,

Para manter a transparência no nosso relacionamento e torná-lo mais próximo e duradouro, disponibilizamos abaixo algumas informações essenciais sobre a conta-corrente. Caso tenha interesse em abrir uma conta no BB, você deve ler e aceitar, integralmente, as Cláusulas Gerais de Abertura de Conta-Corrente, Conta-Poupança Ouro e/ou Poupex. Essas cláusulas estão disponíveis em nossas agências e no site www.bb.com.br e trazem outras regras e condições importantes que você deve considerar antes de decidir abrir sua conta conosco.

Início de Relacionamento - Assim como para o cliente é importante conhecer a instituição com a qual vai se relacionar, para o banco também é importante saber mais sobre você antes de iniciarmos o relacionamento. Para tanto, é necessário efetuar ampla pesquisa de sua documentação pessoal, profissional, regularidade fiscal, etc. Para efetuar essas pesquisas o banco cobra, uma única vez, a tarifa denominada Tarifa de Abertura de Cadastro para Início de Relacionamento, conforme a Resolução 3.919/2010.

Regras básicas - A conta do BB permite a movimentação, com um único número, de sua conta-corrente e de sua conta-poupança que pode ser feita por meio de cartões, cheques, senhas e identificação biométrica. Entretanto, o fornecimento de folhas de cheques está sujeito à análise e aprovação pelo Banco do Brasil. A movimentação da conta de depósitos será realizada exclusivamente por você - ou pelos demais titulares, no caso de conta conjunta - ou à sua ordem.

Caso você autorize em contrato ou por outros meios, o Banco pode debitar valores de sua conta-corrente, inclusive para pagamento de operações de crédito.

Você pode utilizar gratuitamente os serviços essenciais, que são serviços básicos para movimentar e consultar a conta. Pode também optar por contratar um pacote de serviços, que contempla uma quantidade adicional de serviços bancários. A utilização de serviços que exceder os serviços essenciais ou aqueles incluídos no pacote eventualmente contratado será cobrada de forma individualizada. Os valores estão listados na Tabela Geral de Tarifas, que você pode consultar no site www.bb.com.br ou nas tabelas de tarifas disponíveis em todas as agências BB.

Atendimento - Você pode realizar suas transações bancárias de forma rápida, simples e segura utilizando: caixas eletrônicos, correspondentes Mais BB, agências dos Correios que tenham Banco Postal, Central de Atendimento - CABB, telefone celular e internet.

Cartão - Com a abertura de sua conta-corrente no BB, você receberá um cartão para fazer compras no Brasil e movimentar sua conta-corrente nos caixas eletrônicos. Antes de utilizar o seu cartão, você deve fazer o desbloqueio em qualquer caixa eletrônico, na Central de Atendimento, na internet ou na sua agência de relacionamento.

Senhas - Ao utilizar, pela primeira vez, seu cartão em um caixa eletrônico, você receberá automaticamente um código de acesso, formado por letras e/ou sílabas, que deverá ser informado sempre que você realizar qualquer transação nos caixas eletrônicos. A tabela a seguir apresenta os procedimentos para cadastrar, alterar, bloquear e desbloquear cada uma de suas senhas.

Ag 35025 Cc 37.372-9

Central de Atendimento BB	SAC - Serviço de Apoio ao Consumidor	Ouvidoria	Deficiente auditivo ou de fala	
4004-0001 ou **0800 729 0001**	**0800 729 0722**	**0800 729 5678**	**0800 729 0088**	**bb.com.br**

Senhas / Operações	4 números	6 números	8 números
Cadastro	Apenas nas agências BB e você deverá informar a senha de 6 números.	Apenas nas agências BB e você deve apresentar um documento de identificação.	**Definitiva:** nas agências BB e você deverá informar a senha de 6 números ou nos caixas eletrônicos, se você tiver cartão com chip e/ou código de acesso. **Provisória:** pela internet e é utilizada somente para consultas. Para fazer transações via internet, você precisa confirmar a senha provisória em um caixa eletrônico.
Alteração	Se você sabe a senha atual, a alteração pode ser feita nas agências BB ou nos caixas eletrônicos.	Se você sabe a senha atual, a alteração pode ser feita em qualquer agência BB.	Se você sabe a senha atual, a alteração pode ser feita nas agências BB, nos caixas eletrônicos ou na internet.
	Se você não sabe a senha atual, apenas nas agências BB.	Se você não sabe a senha atual, apenas na sua agência BB.	Se você não sabe a senha atual, apenas nas agências BB.
Bloqueio	**Bloqueio Automático** - pode ocorrer em três situações: a) se você digitar qualquer uma das suas senhas incorretamente três vezes (vale também para o código de acesso); b) se no período de 180 dias você não utilizar as senhas de 4 e 8 números; e c) por motivos de segurança.		
	Bloqueio por iniciativa do cliente - Todas as senhas podem ser bloqueadas em qualquer agência BB. A senha de 4 números também pode ser bloqueada nos caixas eletrônicos. Se você errar o código silábico três vezes, a senha de 6 dígitos e o código são bloqueados.		
Desbloqueio	As senhas de 4, 6 e 8 números (exceto a de 8 números provisória) podem ser desbloqueadas nos caixas eletrônicos ou nas agências BB. Para isso, você deverá usar a senha de 6 números. Caso você não se lembre da senha de 6 números, procure uma agência BB e solicite o desbloqueio.		
Código de Acesso	A alteração ocorre com o cancelamento do código atual e, no seu próximo acesso a um caixa eletrônico, você receberá um novo código de acesso automaticamente. O cancelamento pode ser feito em uma agência, desde que você saiba a senha de 6 dígitos. Se não souber, somente na sua agência BB.		

Riscos, Medidas de Segurança e Controle - O BB adota diversas tecnologias de segurança para ajudar a proteger sua conta, incluindo sistemas de identificação pessoal baseados em assinaturas, senhas, impressões digitais, códigos e outras informações de seu exclusivo conhecimento. No entanto, muitos dos riscos associados à manutenção de sua conta podem ser reduzidos caso você adote as seguintes ações:

a) Em caso de perda ou roubo de cartão, cheque ou senha, comunique imediatamente o Banco do Brasil por meio de nossos canais de atendimento.

b) Guarde sua senha e o seu código de acesso em local seguro, e nunca anote as suas senhas ou seu código de acesso no cartão ou em qualquer outro documento.

c) Não aceite ajuda de desconhecidos para fazer transações em caixas eletrônicos, não revele suas senhas para outras pessoas e utilize equipamentos com sistemas de segurança atualizados em operações realizadas em canais eletrônicos.

Além disso, uma gestão consciente de seus recursos pode reduzir riscos de possíveis descontroles na movimentação de sua conta. Assim, para evitar a emissão de cheques sem provisão de fundos, sempre mantenha saldo disponível para liquidar cheques ainda não apresentados para pagamento e outros débitos pendentes.

Informações Cadastrais - Você deverá manter seu cadastro sempre atualizado, informando ao BB, quando solicitado, ou sempre que houver qualquer alteração, seus dados de renda, patrimônio, estado civil, telefone, endereço comercial, residencial e eletrônico e documentos de identificação apresentados na abertura da conta. As atualizações poderão ser efetuadas em qualquer agência do Banco do Brasil. O BB poderá bloquear total ou parcialmente a movimentação de sua conta caso identifique a existência de dados incorretos ou desatualizados.

Rescisão - A sua conta poderá ser encerrada, a qualquer tempo, por escrito, por você ou pelo Banco do Brasil. No ato da solicitação de encerramento, você deverá entregar ao BB as folhas de cheque que possuir ou apresentar declaração de que as inutilizou. Além disso, você deverá manter na sua conta saldo suficiente para pagamento dos compromissos assumidos.

Para mais informações, ligue para a Central de Atendimento BB.

Conte com a gente,

Banco do Brasil

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorizacao de pagamento

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 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, [illegible] Silva,
PORTADOR(A) DO RG Nº 8[illegible]-LLG EXPEDIDO POR SSDS PB EM 19/12/2016 E
CPF 6[illegible]-78 /CNPJ ___, PROFISSÃO ___
E RENDA MENSAL DE R$ ___ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA [illegible], 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 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 aparecem 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 (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até 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 benefiário/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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

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 3[illegible] Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3[illegible] Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3[illegible]

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO ___ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) ___ Nº da CONTA (com dígito, se existir) ___

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.

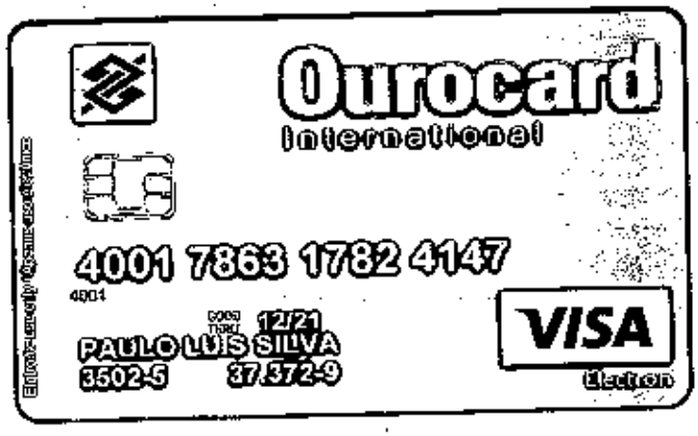
[illegible] de 09 de 2014 _____
LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

889800405

SEGURADORA LÍDER S/A - CNPJ 09.248.747/0001-00 - 30979



Autorizacao de pagamento

Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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
3170428376	840.772.804-78	Paulo Luis da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Paulo Luis da Silva	CPF titular da conta: 840.772.804-78	Profissão: Nenhuma
Endereço: R. João Gabino de Carvalho	Número: 10	Complemento:
Bairro: Jom Treze de Maio / Cidade: João Pessoa	Estado: Paraíba	CEP: 58025-690
Email:		Telefone (DDD): 83 3244-8713

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

- [ ] RECUSO INFORMAR
- [x] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. ____ DV ____ (informar dígito se existir)
CONTA NRO ____ DV ____ (informar dígito se existir)

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: Banco do Brasil NRO: 001
AGÊNCIA NRO. 3502 DV 5 (informar dígito se existir)
CONTA NRO 37.372 DV 9 (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo 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, 19 de Outubro de 2017
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SEGURADORA LIDER DPVAT RM 1429 310954 14

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 850.448 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2016

NOME
PAULO LUIS DA SILVA

FILIAÇÃO
ROSA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
SÃO MIGUEL DE TAIPU-PB

DATA DE NASCIMENTO
29/06/1959

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº17471 - LIVA-15 - FLS.209 - CARTORIO DE SANTA RITA-PB

CPF
840.772.804-76

João Pessoa - PB

O+

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 29/08/83

Boletim de ocorrência

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
3493/2016

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de Nº ***3493/2016***, que passamos a transcrever na íntegra: Aos ***8 de agosto de 2016***, nesta cidade de ***JOÃO PESSOA***, Estado da Paraíba e na ***2ª Delegacia Distrital da Capital***, quando encontrava-se presente o Bel(a). **JOAQUIM FABIO FEREIRA PONTES,** Delegado de Polícia Civil, comigo ***JOSE EUDES***, Escrivão de Polícia Civil, ao final assinado, aí, por volta das ***11:12*** horas, compareceu ***PAULO LUIS DA SILVA***, nacionalidade ***BRASILEIRA***, ***SOLTEIRO***, ***NÃO ALFABETIZADO***, ***SERVENTE DE PEDREIRO***, nascido aos ***29.06.59***, filho(a) de ***NÃO DECLARADO e de ROSA MARIA DA CONCEIÇÃO***, natural de ***SÃO MIGUEL DE ITAIPÚ – PB***, portador de Cédula de Identidade Nº ***NÃO DECLARADO***, expedido pela ***SEDS/PB***, com C.P.F. de Nº **840.772.804-78**, residindo à ***RUA JOÃO GABINHO DE CARVALHO, 10, 13 DE MAIO***, na cidade de ***JOÃO PESSOA – PB***, telefone: ***(83) XXX***, celular: ***(83) 3244-8793***.

Declarou que:

PERDEU O SEU RG, CPF E A SUA CARTEIRA DE TRABALHO (PROFISSIONAL), ALÉM DO REGISTRO DE NASCIMENTO ORIGINAL . ***Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. A referida é verdade e dou FÉ.***

João Pessoa/PB, 8 de agosto de 2016.

Fato:
19/06/16
Cabo

PAULO LUIS DA SILVA

ESCRIVÃO DE POLÍCIA Ad-Hoc

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANÇA
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 11/07/2017 11:22:36
Rosangela de Sousa Carneiro - Escrevente
SELO DIGITAL: ARX10100-F566
Confira a autenticidade em http://selodigital.tjpb.jus.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

Boletim de ocorrencia
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00905.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00905.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:08 horas do dia 15 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Paulo Luis da Silva**, CPF nº 840.772.804-78, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Rosa Maria da Conceição e Não Declarado, natural de São Miguel de Taipu/PB, nascido(a) em 29/06/1959 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Gabinio de Carvalho, Nº 10, bairro Treze de Maio, tendo como ponto de referência Padaria Pé-de-moleque, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 32448-793.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Tancredo Neves, Próximo À Padaria Pé-de-moleque, João Pessoa/PB, bairro Treze de Maio; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/06/16 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 19.06.2016, por volta das 19h00, voltava à pé para sua residência, quando ao atravessar a Av. Tancredo Neves foi atropelado por uma MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, COR VERMELHA, placa não identificada; Que o motociclista apresentava sintomas de embriagues e foi embora do local antes de o noticiante ser socorrido; Que devido ao fato o noticiante veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 04.05.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não representou criminalmente; Que não tem testemunhas a indicar.

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

SEGURANÇA LIDER APURA DO 30/08/2017 hora: 13:47 - 321440

João Pessoa/PB, 15 de maio de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

PAULO LUIS DA SILVA
Noticiante

SOUTO
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 21/08/2017 14:45:11
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
[2017-045846] CRM:R$ 7,31 FARPEN:R$ 0,27 FEPJ:R$ 0,46 ISSQN:R$ 0,08
SELO DIGITAL: AHA00357AAHC
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Charles B. T. Ferreira
SOUTO

Procedimento Policial: 00905.01.2017.1.00.420

Declaracao de Inexistencia de IML

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº 8560-4418- e inscrito no CPF/MF sob o nº 840-772-904-78, residente e domiciliado na _____, Cidade _____, 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

(X) 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.

_____

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 17-07-2017

Local e data

889800421

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Diniz da Silva

RG nº 3620448, data de expedição 19/12/2006 Órgão SSDS

CPF nº 944.772.504-78, 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)	João Gilvinio Coutinho
Número	10
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Jardim Bela vista
Cidade	João Pessoa - PB
Estado	PB
CEP	58025-690
Telefone de Contato	3244-9793
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 14-04-2014

Assinatura do Declarante: _____

MARIA JOSE DE FRANCA
RUA JOAO CARMO DE CARVALHO, 10 / C - TREZE DE MAIO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58025-680 (AG: 1)

energisa

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, Km 25 - Cinta Redonda - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183/0001-49 Insc. Est.: 16.015.924-0

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 2 - 1 - 01 - 2100 Referência: Jul/2017
Número por: 00 00935827 Emissão: 06/07/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 095 624
Código para Débito Automático: 000011772-4

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

Conta referente à	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul/2017	06/07/2017	08/08/2017	71353984400
			Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/117/7242-3

Canal de contato

Prezado Cliente:
A partir desse mês, estamos contando com um novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, alíquotas, tarifa e composição da fatura. O valor do tarifa, passou a ser apresentado descontado dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia paga pelo cliente. Essa modificação não interfere nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
05/06/17	52029	05/07/17	52362	1	333	31

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos	Valor	Base Calc.	Alíq.	Icms(R$) Pis/Cofins(R$)	Base Calc.	Pis(R$) (0,0072%)	Cofins(R$) (0,0331%)
0801	Consumo Ell kWh	333,000	0,634910	211,45	211,45	27	57,09	211,45	1,71	7,84
0804	Adic. B. Amarela			1,89	1,89	27	0,51	1,89	0,01	0,07
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIB SERV.ILUM PÚBLICA			10,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0999	DOAÇÃO-HOSPITAL NAPOL.LAUREANO 07/2017			5,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI Código de Classificação do Item	TOTAL			229,01	213,34		57,60	213,34	1,72	7,91

Média Consumo (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
447	13/07/2017	R$ 229,01

Histórico de Consumo (kWh)

Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16	Jul/16
384	382	481	493	432	485	481	478	640	499	447	453

ed4e.2c4b.27b7.fe7d.39ff.66ab.5f43.875d.

Indicadores de Qualidade

5/2017 - Conta de Pelo

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL		0,22
DIC TRIMESTRAL	10,16	
DIC ANUAL	20,30	
FIC MENSAL	3,00	2,00
FIC TRIMESTRAL	6,60	
FIC ANUAL	13,20	
DMIC	2,86	0,18
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/TE	53,72	23,45
Compra de Energia	69,20	30,25
Serviços de Transmissão	3,70	1,62
Encargos Setoriais	19,29	8,42
Impostos Diretos e Encargos	77,90	34,02
Outros Serviços	5,00	2,19
Total	229,01	100,00

Valores EUSD (Ref. 5/2017) R$ 43,36

ATENÇÃO

Contato Serviço HOSP. NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 3508-9771
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento no distribuidora.

PARAIBA

Código: 2511 - 14 - 3100
Matrícula: 117124-2017-07-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
13/07/2017	R$ 229,01

83640000002-9 29010149000-8 01177242017-7 07200010019-7

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Sérgio da Silva

RG nº 8.650.448, data de expedição 21/08/87, Órgão SSP

CPF nº 840.842.504-98, 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)	João Gilberto da Silva
Número	10
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Jardim 13 de Maio
Cidade	João Pessoa
Estado	PB
CEP	58026-690
Telefone de Contato	3244-8793
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: _____

SOLUTO
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 21/08/2017 10:07:19
Carlos Antonio da S. Andrade - Escrevente
(2017-045012) ORIG:R$ 2,31 FAPEN:R$ 0,27 FEPJ:R$ 0,41 ISS:R$ 0,12
SELO DIGITAL: AFN00904-IIDN/2017-AAS
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

SERVIDOR LIDER RAMT DE 30/08/2017 hora: 13:47 - 321438

MARIA JOSE DE FRANCA
RUA JOAO GAEMIO DE CARVALHO, 10 / C - TREZE DE MAIO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58025-890

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 2 - 1 - 14 - 2190
Nº medidor: 0000205052?
Referência: Ago/2017
Emissão: 09/09/2017

Código para Débito Automático: 0000117724?

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

CPF/ CNPJ/ RANI
353984400
17724-5

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
[illegible]: serviços de segunda-feira a sábado. AG
228-315803755-8
16/Ago/2017 HORA DE 18:30:28
LOT. 13.23480-0 TERM 061201
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0904

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ENERGISA PB - DISTR ENERGIA SA

VALOR DO PAGAMENTO: 253,15

836000000023 531501490001
011772420177 080000100190

228-315803755-8

1ª VIA

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 253,15 237,20 62,60 232,20 2,25 10,38

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
427	15/08/2017	R$ 253,15

Histórico do Consumo (kWh)

Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16
303	394	352	481	403	432	485	48[illegible]	479	444	499	467

RESERVADO AO FISCO
c948.e2f6.1e68.bb8c.c9aa.5e79.4a53.4fdd.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,07	0,00		
DIC TRIMESTRAL	10,15		NOMINAL	220
DIC ANUAL	20,30			
FIC MENSAL	3,20	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	2,89	0,00		
DICRI	12,22			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	56,46	22,30
Compra de Energia	76,18	30,09
Serviço de Transmissão	3,67	1,53
Encargos Setoriais	20,39	8,06
Impostos Diretos e Encargos	91,29	36,06
Outros Serviços	5,00	1,98
Total	253,15	100,00

Valor do EUSD (Ref. 6/2017) R$ 77,47

ATENÇÃO

- Leitura confirmada
- Contato Serviço: HOSP. NAPOLEAO LAUREANO - (83) 2533-5771
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Gerivaldo da Silva,

RG nº 5.520.445, data de expedição 07/12/2016 Órgão SSDS PB

CPF nº 540.772.554-78 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)	João Gabriel de Carvalho
Número	Nº 10
Apto / Complemento	
Bairro	Treze de Maio
Cidade	João Pessoa
Estado	Paraíba
CEP	
Telefone de Contato	3244-9793
E-mail	

Comprovante de residencia

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 18-09-2017

Assinatura do Declarante: _____

MARIA JOSE DE FRANCA
RUA JOAO GABINO DE CARVALHO, 13 / C - TREZE DE MAIO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58025-680 (AG. 1)

energisa

Emissão: 05/09/2017 Referência: Set / 2017
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 2 - 1 - 14 - 3100 Nº medidor: 0000050927

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.173/0001-40 Insc.Est. 16.015.523-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.095.004
Cód. para Débito Automático: 00001177248

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0116** Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	
Set / 2017	05/09/2017	05/10/2017	71353984400

UC (Unidade Consumidora): 5/117724-5

Canal de contato

Ao acessar www.energisa.com.br você tem tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via de conta, mudança de titularidade, religação, consulta a débitos, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/08/17	52706	[illegible]	[illegible]		[illegible]	28

Demonstrativo

CO	Descrição	Valor Bruto (R$)	Base Cálc. ICMS (R$)	Alíq. ICMS (%)	ICMS (R$)	Base Cálc. PIS/PASEP (R$)	PIS/PASEP (R$)	Cofins (R$)
						Tx Cofins (R$)	Alíq. (%)	Alíq. (2,1100%)
0801	Consumo em kWh	183,09	[illegible]	[illegible]	[illegible]	183,09	0,84	3,86
0801	Adic. B. Vermelha	9,92	9,92	27	2,68	9,92	0,04	0,21
0801	Adic. B. Amarela	1,44	1,44	27	0,39	1,44	0,01	0,03
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	9,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2017	0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2017	4,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	DOAÇÃO-HOSPITAL NAPOL LAUREANO 09/2017	5,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	CCI: Código de Classificação do item — TOTAL	212,92	194,45		52,50	194,45	0,89	4,10

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
428	13/09/2017	R$ 212,92

Histórico de Consumo (kWh)

343	333	234	382	491	463	430	485	481	476	444	498
Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16

RESERVADO AO FISCO
6c20.ee55.6e8a.05c3.d0d6.af25.0202.5c6a.

Indicadores de Qualidade

6/2017 - Ciclo Fevereiro

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,97	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,15	
DIC ANUAL	20,30	
FIC MENSAL	3,30	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,60	
FIC ANUAL	13,20	
DMIC	2,86	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)		
NOMINAL		220
CONTRATADA		
LIMITE INFERIOR		202
LIMITE SUPERIOR		231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	50,37	23,64
Compra de Energia	64,69	30,40
Serviço de Transmissão	7,74	3,64
Encargos Setoriais	13,98	6,56
Impostos Diretos e Encargos	70,98	33,33
Outros Serviços	5,00	2,35
Total	212,92	100,00

Valor de EUSD (Ref. 6/2017): R$ 77,47

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/17 - Res. ANEEL nº 2.291 - Baixa Tensão 19,94% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/17 - Res. ANEEL nº 2.291 - Alta Tensão 16,28% Médio
- Leitura confirmada
Contato Serviço: HOSP. NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 3506-9771
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso

SEGURANÇA LIBER. DPVAT DO 27/09/2017 hora: 09:46 - 3x5783

Comprovante de residencia

energisa

MARIA JOSE DE FRANCA
RUA JOAO GUALBERTO DE CARVALHO, 1 / C. PRELE DE MAIO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58075-000

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Rodovia BR-230, Km 25 - Cidade Renascer - João Pessoa / PB - CEP 58021-680
CNPJ 09.095.153/0001-40 Insc.Est. 16015.823-0

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
Roteiro: 2 - 1 - 14 - 3:00
Nº medidor: 0000905097

Referente: Jul / 2017
Emissão: 09/07/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 098 624
Código para Débito Automático: 000011178 5

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

Conta referente à	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2017	06/07/2017	08/08/2017	71353984400

UC (Unidade Consumidora): 5/117724-5

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
05/06/17	[illegible]	[illegible]	[illegible]			31

Demonstrativo

Descrição					
0501 - Consumo	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
0501 - ADIC. B	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0507 - CONTRIB. SERV. PUBLICO	[illegible]	5,00	[illegible]	[illegible]	[illegible]
0508 - DOAÇÃO NOTA FOLHA REB	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
TOTAL		279	213,36	57,50	215,34

CCI: Código de Cliente

Média últimos meses (kWh): 441

VENCIMENTO 13/07/2017

TOTAL A PAGAR R$ 229,01

Histórico de Consumo (kWh)

Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16	Jul/16
334	332	481	482	432	425	481	412	441	496	441	453

RESERVADO AO FISCO ed4e.2c4b.27b7.fe7d:39ff.86ab:5f43:875d

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DEC ANUAL	[illegible]	[illegible]	CONTRA ATIVA
DEC TRIMESTRAL	[illegible]	[illegible]	LIMITE SUPERIOR
FEC ANUAL	[illegible]	[illegible]	LIMITE SUPERIOR
FEC TRIMESTRAL	[illegible]	[illegible]	LIMITE SUPERIOR
FEC ANUAL	[illegible]	[illegible]	
DMIC	[illegible]	[illegible]	
DIC	[illegible]	[illegible]	

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia (TE)	53,72	23,45
Compra de Energia	69,20	30,20
Serviço de Transmissão	3,70	1,62
Encargos Setoriais	18,26	8,47
Impostos Diretos e Encargos	77,80	34,02
Outros Serviços	5,00	2,18
Total	229,01	100,00

Valor do EUSD (Ref. 5/2017) R$ 53,86

ATENÇÃO

Leitura confirmada

Caro(a) Cliente NAPOLEÃO [illegible] - [illegible]

O cancelamento da cobrança do serviço e a emissão da fatura sem custo [illegible] podem ser solicitados [illegible]

Faturas em atraso

SEGRE0000 LIDER DPART PAG 26-JUL-2017 11:29 310955 1/1

Documentacao medico – hospitalar

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PAULO LUIZ DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	29/06/59
NOME DA MÃE	ROSA MARIA DA CONCEIÇÃO DE FRANCA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	928.170
Nº PRONTUARIO	95.898
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/2016
HORA DO ATENDIMENTO	20:25
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D
CID 10	S 00.9 + S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento há cêrca de 1 hora, trazido pelo SAMU, apresentando-se agitado, com queixa de dor e dema em membro inferior D e ferimento corto-contuso em membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio e subsequentes
RX da bacia - AP
RX de coxa D - AP e P
RX do joelho D - AP e P
USG de abdome total - FAST

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANCA — DAMASO FRANCA JUNIOR — INFORZIO MAGNEL FRANCA

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 11/07/2017 11:22:36
Rosangela de Sousa Carneiro - Escrevente
Emol.: R$ 2,31 Emolu.: R$ 0,27 TFJ: R$ 0,46 ISS: R$ 0,12
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur D ao RX. Sem alteração à TC, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Correia e Dr. Ricardo Barros. Tratamento conservador do TCE pela equipe da Neurocirurgia. Obteve suporte da Terapia intensiva devido a presença de patologia anterior.

ALTA HOSPITALAR: 11/07/16
DATA DA EMISSÃO: 04/05/17

DR. EWERTON HOROINHA TEIXEIRA — MEDICO ORTOPEDISTA — CRM - 2516

Dr. Ewerton Horonha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Documentacao medico – hospitalar

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PAULO LUIZ DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	29/06/59
NOME DA MÃE	ROSA MARIA DA CONCEIÇÃO DE FRANCA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	928.170
Nº PRONTUARIO	95.898
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/2016
HORA DO ATENDIMENTO	20:25
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D
CID 10	S 00.9 + S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento há cêrca de 1 hora, trazido pelo SAMU, apresentando-se agitado, com queixa de dor e dema em membro inferior D e ferimento corto-contuso em membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio e subsequentes
RX da bacia - AP
RX de coxa D - AP e P
RX do joelho D - AP e P
USG de abdome total - FAST

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANCA — DAMASO FRANCA JUNIOR — INFORZIO MAGNEL FRANCA

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 11/07/2017 11:22:36
Rosangela de Sousa Carneiro - Escrevente
Emol.: R$ 2,31 Emolu.: R$ 0,27 TFJ: R$ 0,46 ISS: R$ 0,12
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur D ao RX. Sem alteração à TC, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Correia e Dr. Ricardo Barros. Tratamento conservador do TCE pela equipe da Neurocirurgia. Obteve suporte da Terapia intensiva devido a presença de patologia anterior.

ALTA HOSPITALAR: 11/07/16
DATA DA EMISSÃO: 04/05/17

DR. EWERTON HOROINHA TEIXEIRA — MEDICO ORTOPEDISTA — CRM - 2516

Dr. Ewerton Horonha Teixeira
CRM: 2516/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

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-001

NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 850.448 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2016

NOME
PAULO LUIS DA SILVA

FILIAÇÃO
ROSA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
SÃO MIGUEL DE TAIPU-PB

DATA DE NASCIMENTO
29/06/1959

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº17471 - LIV.A-15 - FLS.209 - CARTORIO DE SANTA RITA-PB

CPF
840.772.804-78

O+

DIRETOR GERAL DE 29/06/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-001

NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 850.448 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2016

NOME
PAULO LUIS DA SILVA

FILIAÇÃO
ROSA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
SÃO MIGUEL DE TAIPU-PB

DATA DE NASCIMENTO
29/06/1959

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº17471 - LIV.A-15 - FLS.209 - CARTORIO DE SANTA RITA-PB

CPF
840.772.804-78

O+

DIRETOR GERAL DE 29/06/93

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300219/17
Vítima: PAULO LUIS DA SILVA
CPF: 840.772.804-78

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2016
Titular do CPF: PAULO LUIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

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

PAULO LUIS DA SILVA : 840.772.804-78
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 25/07/2017	Data do cadastramento: 03/08/2017
Nome: PAULO LUIS DA SILVA	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF/CNPJ: 840.772.804-78	CPF: 068.500.787-12
PAULO LUIS DA SILVA	Patricia Aleixo Silva

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora LÍDER

COBERTURA SOLICITADA

( ) MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE ( ) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Paulo Luis da Silva

DATA DO ACIDENTE 19/08/2016 POSSUI CPF (X) SIM ( ) NÃO Nº CPF 840772804-78

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

( ) Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
( ) CPF do Representante Legal (cópia simples)
( ) Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de Indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

(X) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
(X) **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) Laúdo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
(X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
(X) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
(X) **CPF da vítima** (cópia simples)
(X) **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
(X) **Autorização de pagamento** (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

( ) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) **Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais)**, contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
( ) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
( ) **CPF da vítima** (cópia simples)
( ) **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
( ) **Autorização de pagamento** (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

889800545

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

( ) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) **Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada: ( ) Sim ( ) Não
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
( ) **CPF da vítima** (cópia simples)
( ) **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
( ) **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
( ) **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
( ) **Autorização de pagamento** para todos os beneficiários(original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
( ) Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
( ) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
( ) Outros Documentos apresentados: _____

SEGURADORA LÍDER 17 JUL 2017 17:07 2694521

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? (X) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail _____ Tel. 83 3244-8743

Data 17.07.2017 Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AL Central João Pessoa

Atendente Mirlo da Costa Ulisses Matrícula 8478107-3

Data: 17.07.2017 Assinatura: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300219/17
Vítima: PAULO LUIS DA SILVA
CPF: 840.772.804-78

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2016
Titular do CPF: PAULO LUIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros

PAULO LUIS DA SILVA : 840.772.804-78
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 30/08/2017	Data do cadastramento: 31/08/2017
Nome: PAULO LUIS DA SILVA	Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 840.772.804-78	CPF: 083.495.187-82
PAULO LUIS DA SILVA	JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Seguradora LIDER

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11457381

A/C: PAULO LUIS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	3170428376 ASL-0300219/17
Vítima:	PAULO LUIS DA SILVA
Data Acidente:	19/06/2016
Natureza:	INVALIDEZ
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração de inexistência de IML não conclusivo

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT DU 30/08/2017 hora: 13:47 - 321435

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

PAULO LUIS DA SILVA
RUA JOÃO GABINO DE CARVALHO, 10
JDM TREZE DE MAIO
CEP 58025-690 - JOÃO PESSOA - PB

JS895834984BR

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300219/17
Vítima: PAULO LUIS DA SILVA
CPF: 840.772.804-78

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2016
Titular do CPF: PAULO LUIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

PAULO LUIS DA SILVA : 840.772.804-78
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 27/09/2017 Nome: PAULO LUIS DA SILVA CPF: 840.772.804-78	Data do cadastramento: 29/09/2017 Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO CPF: 083.495.187-82
PAULO LUIS DA SILVA	JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Outros

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta n°: 11596382

A/C: PAULO LUIS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170428376 ASL-0300219/17**
Vítima:	**PAULO LUIS DA SILVA**
Data Acidente:	**19/06/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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 d[redacted] nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

PAULO LUIS DA SILVA
RUA JOAO GABINO DE CARVALHO, 10
JDM TREZE DE MAIO
CEP 58025690 - JOAO PESSOA - PB

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José de Francisca,

RG nº 362.047, data de expedição 17/04/15 Órgão SSDS PB

CPF nº 713.539.844-09 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua: João galdino de carvalho
Número	Nº 10
Apto / Complemento	
Bairro	Treze de maio
Cidade	João Pessoa
Estado	Paraíba
CEP	
Telefone de Contato	3244-8793
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa - 18-09-2017

Assinatura do Declarante: Maria José de Francisca

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300219/17
Vítima: PAULO LUIS DA SILVA
CPF: 840.772.804-78

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2016
Titular do CPF: PAULO LUIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

Outros

PAULO LUIS DA SILVA : 840.772.804-78
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 26/10/2017 Nome: PAULO LUIS DA SILVA CPF: 840.772.804-78	Data do cadastramento: 27/10/2017 Nome: Elen Tais Alves Pereira CPF: 126.261.667-07
PAULO LUIS DA SILVA	Elen Tais Alves Pereira

SINISTRO
3170428376
A SL - 0320219/17
PAULO LUIS DA SILVA.

a Maria José de Franca