

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190397987**

**Vítima:** GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 01/02/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190397987**

**Vítima: GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 01/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

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

**Senhor(a), GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190397987**

**Vítima: GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 01/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

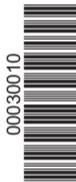
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

*Gabriel Ferreira dos Santos*

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CPF: 09498767475

Número: 32 Complemento:

Estado: PB CEP: 58280-000  
Tel.(DDD):

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  
 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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0200

CONTA: 39138

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impresso Digitado e/ou escrito e assinado pelo declarante	Local e Data: <i>Jacó Pessoa - PB 27/11/18</i>
Nome: <i>Gabriel Ferreira dos Santos</i>	
CPF: <i>09498767475</i>	

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura



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

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

*Liberado*

Correspondente do Banco de  
Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Relac.: 02009 - MARANHÃO  
PACB : 170 - PEDRO FEITOSA  
PAPELARIA

Agencia : 02009 MARANHÃO  
Conta : 000000003138-7  
Nome : GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS  
Data : 08/11/2018 2050  
Modalidade: 00 205020

Tipo Pessoa: Física  
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesão ao Programa de Benefícios: N

HSU BRANCO: 042047414954  
HORA : 11:11:38

Sujeito a Confirmação do Banco  
OUVIDORIA BRANDESCO  
0800 721 9933

*conta corrente  
branDESCo*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

*Gabriel Ferreira dos Santos*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

CPF: 09498767475

Número: 30 Complemento:

Estado: PB CEP: 58280-000

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR  
 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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  0200

CONTA: 39138

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

MORTE

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 27/11/18*

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

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

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

**COMPREV**  
Assinatura  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 DEZ 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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

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

Correspondente ao dia 01/01/2010  
naProposta de Pre-abertura de Conta  
Av. Relac.: 82069 - MANAUS/AM  
PACB : 178 - PEDRO FELITOSA  
PAPELARIA

Agencia : 82069 MANAUS  
Conta : 000000003198-7  
Nome : GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS  
Data : 08/11/2018 2050  
Modalidade: 00 2050 20

Tipo Pessoa: Fisica  
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesao ao Programa de Beneficios: N

NSU BANCO: 0002947414954  
HORA : 11:11:30

Sujeita a Confirmação do Banco

OUVIDORIA BANDESOCO  
0000 721 9933

contra corrente  
broaderlo.





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	159 358 14404	Gabriel Ferreira dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Gabriel Ferreira dos Santos		CPF:
Profissão:	Estudante	Endereço:	Número: 5N
Bairro:	Chamanguape	Cidade:	Complemento:
E-mail:	(83) 986634900		
Estado:	CEP:	PA 58280000	

DADOS CADASTRAIS

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

## RENDIMENTO:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

## COMPROVAÇÃO DE VIDA S/A

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 10/06/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

159 358 144-01 Gabriel Ferreira dos Santos

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Gabriel Ferreira dos Santos

6 - CPF:  
159 358 144-04

7 - Profissão:

Ricuso

8 - Endereço:

Rua Antônio H. da Silva SN

9 - Número:  
10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Chamanguape

13 - Estado:

PB  
14 - CEP:  
58000-000

15 - E-mail:

(83) 48663-4900

## DADOS CADASTRAIS

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Cateronilda Ferreira de Alves

18 - CPF do Representante Legal:

094.987.674-75

19 - Profissão do Representante Legal:

do lar

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (dizer o banco)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 2009

CONTA: 0039138

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (do nazer):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Yan Pessoa - PB 12/08/19  
Gabriel Ferreira dos Santos

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

12/08/2019

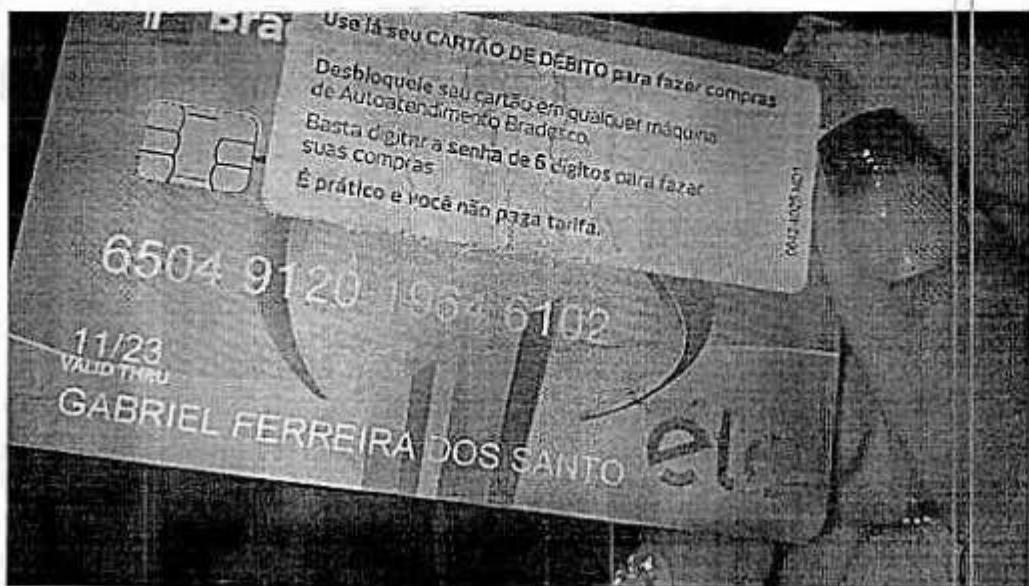
39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

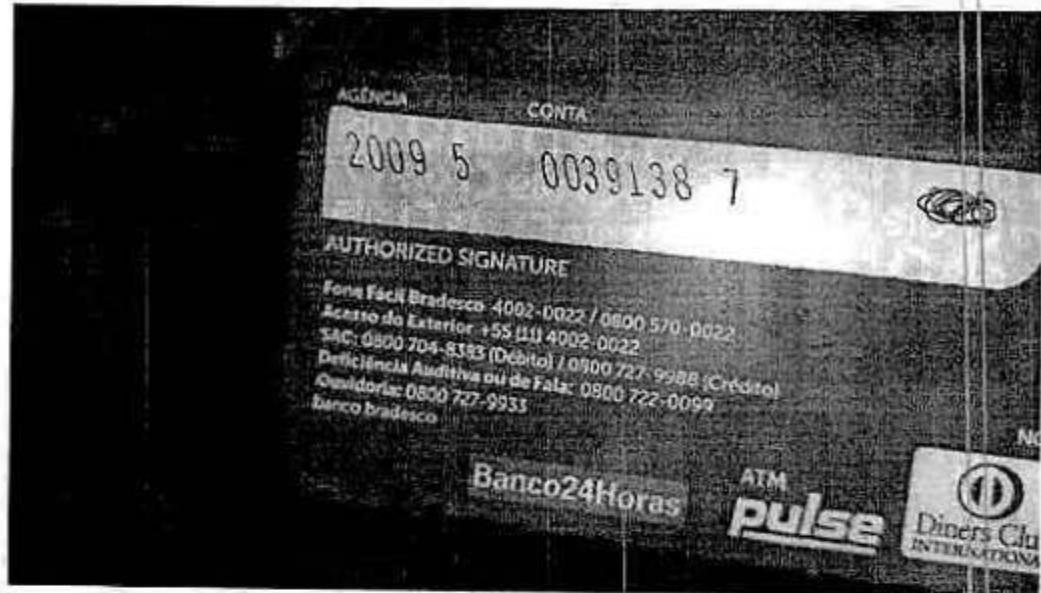
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190397987  
Nome do(a) Examinado(a): Gabriel Ferreira dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Maximo da Silva, 221  
Centro Mamanguape PB CEP: 58280-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 4731678  
Data local do acidente: [ 01/02/2017 ]  
Data local do exame: [ 30/08/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE OSSOS DA FACE.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ZIGOMA, OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS.**

**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

**Data da Alta: 28/04/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO, PORÉM REFERE QUEIXAS DE DOR NA FACE.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"**

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 006/2017

### Ocorrência nº. 1951/2017

Aos VINTE E OITO dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira, aí, por volta 10h:55min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**VERONILDA FERREIRA DE ASSIS**, conhecido por NILDA, Identidade nº 2964852-SSP/PB, CPF nº 09498767475, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteira, profissão: do lar, filho(a) de JOSUÉ VIEIRA DE ASSIS E MARIA DA LUZ FERREIRA DE ASSIS, natural de MAMANGUAPE/PB, nascido(a) em 27/07/1986, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Máximo da Silva, nº 221, bairro: campo – Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83)98671-2755.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE MOTO**;
- 2) DATA DO FATO: 01 de fevereiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 13h:00min;
- 4) LOCAL: I travessa Antonio Maximo, próximo a Br 101i nº s/n, bairro: zona urbana – Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Primeiramente atendido no Hospital Geral de Mamanguape e posteriormente encaminhado ao Hospital de Trauma cidade de João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? Sim

#### 6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, ANO: 2013, COR: Vermelha, PLACA: NQK 8281/PB, CHASSI: LXYXCBLO0431805, CRLV EM NOME DE IVANIA PEREIRA DOS SANTOS.

#### 7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

SEM TESTEMUNHAS.

#### 8) BREVE RESUMO DO FATO:

Informa o noticiante que SEU FILHO MENOR de NOME: GABRILE FERREIRA DOS SANTOS, conduzia a moto acima citada, quando nas proximidades da I travessa Antonio Maximo, campo, ao desviar de um cachorro passando na rua, perdendo o controle da moto, vindo a solo; Que o declarante sofreu uma fratura de zigoma de CID: SO2.4 e socorrido aos Hospitais acima citado.

#### 9) OBSERVAÇÕES:

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

*Veronilda Ferreira de Assis*  
VERONILDA FERREIRA DE ASSIS

Comunicante

*Euribes Fagundes de Oliveira*  
AD HOC EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA

Escrivã(o)/Agente Ad Hoc Mat. nº 5764

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO

Rua Escritor Lima Pinto nº 08, Campo, Mamanguape/PB, telefone (83) 98671-2755

PROTOCOLO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 006/2017

**Ocorrência nº. 1951/2017**

Aos VINTE E OITO dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira, aí, por volta 10h:55min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**VERONILDA FERREIRA DE ASSIS**, conhecido por NILDA, Identidade nº 2964852-SSP/PB, CPF nº 09498767475, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteira, profissão: do lar, filho(a) de JOSUÉ VIEIRA DE ASSIS E MARIA DA LUZ FERREIRA DE ASSIS, natural de MAMANGUAPE/PB, nascido(a) em 27/07/1986, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Máximo da Silva, nº 221, bairro: campo – Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83)98671-2755.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE MOTO**;
- 2) DATA DO FATO: 01 de fevereiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 13h:00min;
- 4) LOCAL: I travessa Antonio Maximo, próximo a Br 101i nº s/n, bairro: zona urbana – Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Primeiramente atendido no Hospital Geral de Mamanguape e posteriormente encaminhado ao Hospital de Trauma cidade de João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? Sim

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

MOTOCICLETA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, ANO: 2013, COR: Vermelha, PLACA: NQK 8281/PB, CHASSI: LXYXCBL01D0431805, CRLV EM NOME DE IVANIA PEREIRA DOS SANTOS.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

SEM TESTEMUNHAS.

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

Informa o noticiante que SEU FILHO MENOR de NOME: GABRILE FERREIRA DOS SANTOS, conduzia a moto acima citada, quando nas proximidades da I travessa Antonio Maximo, campo, ao desviar de um cachorro passando na rua, perdendo o controle da moto, vindo a solo; Que o declarante sofreu uma fratura de zigoma de CID: SO2.4 e socorrido aos Hospitais acima citado.

**9) OBSERVAÇÕES:**

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

VERONILDA FERREIRA DE ASSIS

Comunicante

AD HOC EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA

Escrivã(o)/Agente Ad Hoc Mat. nº 5764

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTÓCOLO

Rua Escritor Lima Pinto nº 08, Campo, Mamanguape/PB telefone: (83) 922604804

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

*Gabriel Ferreira dos Santos*

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CPF:

Número:

Complemento:

E-mail:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR  
 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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: *Joaçaba - PB 27/11/18*  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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



(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
*Gabriel Ferreira dos Santos*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Veronilda Ferreira de Araújo* *Thierry Leme*  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

*Gabriel Ferreira dos Santos*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

CPF: 09498767475

Número: 30 Complemento:

Estado: PB CEP: 58280-000

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  
 SEM RENDA  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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

MORTE

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 27/11/18*

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

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

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

**COMPREV**  
Assinatura  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
16 DEZ 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

*Gabriel Ferreira dos Santos*

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Veronilda Ferreira dos Santos + Ademir Lemos*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Correspondente ao número  
 na Proposta de Pre-abertura de Conta  
 Ag. Relac.: 82009 - MANANGUAPÉ  
 PACB : 178 - PEDRO FEITOSA  
 PAPELARIA  
 Agencia : 82009 MANANGUAPÉ  
 Conta : 8000000035138-7  
 Nome : GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS  
 Data : 08/11/2018 2050  
 Modalidade: 00 2050 20  
 Tipo Pessoa: Física 2050 20  
 Tipo Conta : Conta Corrente  
 Adesão ao Programa de Benefícios: N  
 NSU BANCO: 082047414954  
 HORA : 11:11:30  
 Sujeita à Confirmação do Banco  
 OUVIÚDORIA BRANDESCO  
 0800 721 9933

contra corrente  
broaderlo.





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	159 358 14404	Gabriel Ferreira dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Gabriel Ferreira dos Santos		CPF:
Profissão:	Estudante	Endereço:	Número: 5N
Bairro:	Chamanguape	Cidade:	Complemento:
E-mail:	(83) 986634900		
Estado:	CEP:	PA 58280000	

DADOS CADASTRAIS

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

## RENDIMENTO:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

## COMPROVAÇÃO DE VIDA S/A

MORTE Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

Início da  
firmada  
ponto de  
concordância  
assinatura

Local e Data: João Pessoa - PB 10/06/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura da quem assina A ROGO  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CPF: 09498767475

E-mail:

Número: 32 Complemento:

Estado: PB CEP: 58280-000

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  
 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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0200

CONTA: 39138

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: João Pessoa - PB 27/11/18  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_



(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Gabriel Ferreira dos Santos

DATA DE NASCIMENTO 03/03/02

NOME DA MÃE Veronilda Ferreira de Assis

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 100167

BOLETIM DE ENTRADA N.º 978067

DATA DO ATENDIMENTO 01/02/17

HORA DO ATENDIMENTO 16:00

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de zigoma

CID 10 S02.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, sem capacete, com TCE, queixa de cefaléia e parestesia em hemiface direita, nega desmaio ou vômitos, Glasgow 15, pupilas iso/foto, movimenta osn 4 membros. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio e face

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirúrgica, fratura de zigoma

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de zigoma

ALTA HOSPITALAR: 09/02/17

DATA DA EMISSÃO: 29/06/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,

MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIÁRIA

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

BO XV

~~ANEXO 1 BMF~~

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 978067



## Identificação do paciente

ID 1135263	Nome GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/03/2002	Idade 14 anos 10 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe VERONILDA FERREIRA DE ASSIS				Pai IVANILDO PEREIRA DOS SANTOS
Escolaridade				Responsável (Parentesco) VERONILDA FERREIRA DE ASSIS - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 93663126	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crns. 898002330224623		
Local de procedência				Tipo UF
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58260000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro ANTONIO MAXIMO DA SILVA
Número 228	Complemento	Bairro CAMPO	

## Admissão

Data e Hora 01/02/2017 16:00:19	Número da pulseira 100005946234	Convênio SUS
------------------------------------	------------------------------------	-----------------

Especialidade  
CLINICA MEDICA

Clínica

Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

~~CRÂNIO + FACE  
01 02 17  
17 04  
Wosley  
FM~~

~~TIPO ...  
DATA ...  
HOR ...  
CID ...  
Tempo ...  
04min-22seg~~

~~FACE  
08 02 17  
15 32  
Wosley~~

Imprimir

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

01/02/2017 15:59

VANIA FERREIRA DE ASSIS  
RUA ANTONIO MARCOS, 201 - 00  
MURIAÉ - RJ - CEP: 26120-000

EMBODIED SENSES IN  
CLASSICAL RENAISSANCE MUSICALITY

Cod. para Dib. Automotriz. 06064715102

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

**Conta referente a** **Apresentação** **Data prevista da  
próxima leitura** **CPF/ CNPJ/ RANI**

Set / 2018	27/09/2018	29/10/2018	071.960.144-01
------------	------------	------------	----------------

UC (Unidade Consumidora): 5/421810-3

*Canal de contacto*

60. Ciudad de México 300.000.000 TOTAL 25.21 9.00 6.00 2.07 0.00 0.00

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
00 04/10/2018 R\$ 25,31

Histórico de Consumo (kWh)

91 | 111 | 106 | 105 | 102 | 103 | 85 | 91 | 122 | 87 | 109 | 111

d7c9 5fb7 f8d6 f29a ec50 bffd8 a857 713e

Indicadores da Qualidade - 2010-Brasil

	<b>Límites da ANEEL</b>	<b>Apurado</b>	<b>Limite de Tensão (V)</b>
DIVENCIAL	6,27	0,00	NOMINAL 220
DIS TRIMESTRAL	12,54		
TRIMESTRAL	26,08		
FUNDIÇÃO	3,61	0,00	CONTROLEADA
CIMENTO	5,91		LÍMITE INFERIOR 200
ESTRUTURAL	11,82		LÍMITE SUPERIOR 261
FIQUEIRAS	14,45		
OMO	3,71	0,00	
OVS	12,22		

Discriminative	Value (%)	%
Highly Discriminative	10.00	100.00
Medium-Discriminative	10.00	
Low-Discriminative	10.00	
Non-Discriminative	10.00	
Total	26.31	100.00

## ATENÇÃO

#### **Faturas em atraso**

Ago/18 25.31

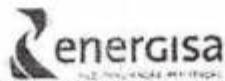
**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 DEZ. 2018  
**PROTÓCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor R\$0,00

Documento não é arquivável de forma:

Indicar para sempre pagamento da conta 012.740.677 N° 012.740.677



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-230, Km 21 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58011-040  
CNPJ 09.995.182 / 0001-42 / Fone/Fax 31.215.4230

## DADOS DO CLIENTE

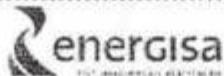
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE, 157 SALA 05  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	20/09/2018	192	27/09/2018	R\$ 178,94

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
Rolimiro: 12-005-292-0450  
CONTA PAGA - Data do Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/09/2018	R\$ 178,94	1698358-2018-09-6





# DOCUMÉNTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - N° 019.286.297



IEE, IMAGINAÇÃO, REALIZAÇÃO  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 10.015.822-0

## DADOS DO CLIENTE

VERONILDA FERREIRA DE ASSIS  
RUA ANTONIO MAXIMO 221  
MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/421810-3

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

28/01/2019

CONSUMO

140

VENCIMENTO

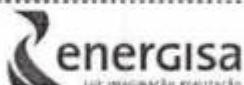
04/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 152,01

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

DETALQUE AQUI



VERONILDA FERREIRA DE ASSIS

Roteiro: 17-014-135-3820

83640000001-1 52010054000-1 04218102019-1.01900014019-4

VENCIMENTO

04/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 152,01

MATRÍCULA

421810-2019-01-9



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.

Documento não é segunda-eta de conta.

Documento para pagamento da conta de energia da Energisa - PB

Nº 012.740.677



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 250, Km 21 - Cristal Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-489  
CNPJ 29.695.163/0001-47 - Insc. Est. 16.015.423-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA ADENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 05  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

### REFERÊNCIA

SET/2018

### APRESENTAÇÃO

20/09/2018

### CONSUMO

192

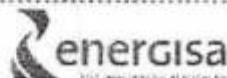
### VENCIMENTO

27/09/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotina: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data do Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/09/2018	R\$ 178,94	1698358-2018-09-6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

*Gabriel Ferreira dos Santos*

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CPF: 09498767475

Número: 32 Complemento:

Estado: PB CEP: 58280-000  
Tel.(DDD):

E-mail:

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

RENDIMENTO:

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

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0200

CONTA: 39138

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impresso Digitado e/ou escrito e assinado pelo declarante	Local e Data: <i>Joaçaba - PB 27/11/18</i>
Nome: <i>Gabriel Ferreira dos Santos</i>	
CPF: <i>09498767475</i>	

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

COMPREV Assinatura COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 06.057.2018 PROTOCOLO AG. 1049 PESSOA	
--	--

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

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

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.004-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gabriel Ferreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.987.674-75, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, Gabriel Ferreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.987.674-75, determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprovatórios: \_\_\_\_\_

Recuso informar

29 JAN. 2019

PROTÓCOLO

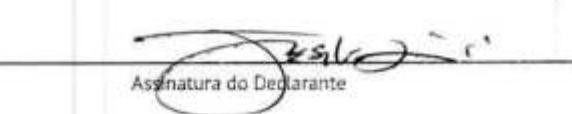
JOÃO PESSOA

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

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

Endereço	<u>Rua Agente Fiscal José C. Duarte</u>	Número	<u>157</u>	Complemento			
Bairro	<u>Changabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2019  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta e fechada, resseguro.

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

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.004-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gabriel Ferreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.987.674-75, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, Gabriel Ferreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.987.674-75, determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprovatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	José G. Duarte	Número	157
Bairro	Mangabeira	Cidade	João Pessoa
Email		Estado	PB CEP 58056-384
		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2019  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivânia Pereira dos Santos,

RG nº 3.873.681, data de expedição 08/07/10,  
Órgão SSP, portador do CPF nº 110.030.724-96 com  
domicílio na cidade de Mamanguape, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Antônio Máximo da Silva, nº 917  
complemento lara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima Gabriel F dos Santos, cujo o condutor era  
Gabriel Ferreira dos Santos.

Veículo: moto

Modelo: I/SHINRAY XY50R PHOENIX

Ano: 2013

Placa: NQK 8281/PB

Chassi: LXYXCBL01D0431805

Data do Acidente: 01-02-17

Local e Data: Mamanguape, 08-11-18

Ivânia Pereira dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro , Mamanguape

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
IVANIA PEREIRA DOS SANTOS

Dou fé. Mamanguape/PB - 08/11/2018  
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selq. Digital: AHT36142-02FL

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI  
Escrevente Autorizado

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

2º Cartório  
Mamanguape



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivânia Pereira dos Santos,

RG nº 3.873.681, data de expedição 08/07/10,

Órgão SSP, portador do CPF nº 110.030.724-96 com  
domicílio na cidade de Mamanguape, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Antônio Máximo da Silva, nº 217

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Gabriel F dos Santos, cujo o condutor era Gabriel Ferreira dos Santos.

Veículo: moto

Modelo: I/SHINERAY XY50R PHOENIX

Ano: 2013

Placa: NQK 8281/PB

Chassi: LXYXCB01D0431805

Data do Acidente: 01-02-17

Local e Data: Mamanguape, 08-11-18



Ivânia Pereira dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro , Mamanguape

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
IVANIA PEREIRA DOS SANTOS

Dou fé. Mamanguape/PB - 08/11/2018

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital:AHT36142-02FL

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI  
Escrevente Autorizado

