

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11547137

A/C: ANTONIO FERREIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170458734 ASL-0320465/17

Vitima: ANTONIO FERREIRA DE LIMA

Data Acidente: 14/04/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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 **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** 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



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11547138

A/C: ANTONIO FERREIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170458734 ASL-0320465/17

Vitima: ANTONIO FERREIRA DE LIMA

Data Acidente: 14/04/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FERREIRA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3170458734**
Vitima: **ANTONIO FERREIRA DE LIMA**
Data do Acidente: **14/04/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

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 3170458734**.

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

Carta nº 12408551



Autorização de pagamento



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SIMISTRO

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, Antônio Ferreira de Lima
 PORTADOR(A) DO R.S.Nº 2.673.296 EXPEDIDO POR SSP/DI/D EM 10/07/1999
 CPF 042439094-20 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 40,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Ferreira de Lima AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

A Lei nº 4.868/1992, 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 ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos apareçam termos tais como: CIEP ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação mensal;
- Conta tipo FACIL Operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL);
- Vício de identificação governamental como o CPF cadastrado no SISDPVAT Simistros que não é o mesmo do CPF registrado para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

RECEBIDO

12/07/2002

GRUPO SEGURADORA

BBMAF PRE

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4916 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3430-2

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

Picuí - PB, 18 de agosto de 2006 Antônio Ferreira de Lima
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de morte/vítima 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 13.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas/hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvat.seguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221209.

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG. PTOU

DATA: 19/08/2016

TERMINAL: 49161005

HORA: 08:46:35

CONTROLE: 491610050123

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPOSITO EM DINHEIRO

CONTA CRIADA:

4916.013.00007490-2

NOME:

ANTONIO FERREIRA DE LIMA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:

4090453819

NÚMERO DE CONTROLE:

232021565

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Info: dúvidas, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouv: Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Ferreira de Lima, portador da carteira de identidade nº 2.643.296 e inscrito no CPF/MF sob o nº 042.439.094-90 residente e domiciliado na Sítio Lagoa da Coaranga Cidade Picuí, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Declaração de Inexistência de IML



Antonio Ferreira de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Picuí - PB, 18 de Agosto de 2017

Local e data



505

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

MUNICÍPIO: _____ P/CUI _____ PARAIBA _____ UF: 25

Nome: **ANTONIO FERREIRA DE LIMA**

REZULTAT: PARDA

Dr. Nasc: 05/12/1964	Idade: 50 ano(s)	mês(es) de Idade	dia(s) de Idade	Sexo: M
----------------------	------------------	------------------	-----------------	---------

Meê: ALICE EREMITA FERREIRA

Profissão: AGRICULTOR Documento 2673296

Endereço: ST LAGEDO GRANDE

Bairro: ZONA RURAL

Municipio/C=PIBGE. PICU / 58187000 / 251140

Telefone para contato: (83) 0000-0000 CNS: 203499407750004

Data e Hora: 14/04/2015 08:55:14

PESO: 4 : PA: 1 : TEMP: 1

ANÁLISE EXATAS FÍSICO (SUPLENTO)

1
CABASTRO
960.2017
960.2017
BBMATEPRE
GRUPO SEGUADOR

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair, viewing a screen displaying a target. The target is a vertical line with a horizontal bar at the top. The subject's hand is positioned at the bottom of the target. The distance between the subject's hand and the target is 100 cm. The target is 10 cm high and 10 cm wide. The subject's hand is positioned at the bottom of the target. The distance between the subject's hand and the target is 100 cm. The target is 10 cm high and 10 cm wide.

01 - ELETIVO	CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 02 - URGÊNCIA

☐ 03: ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04: ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

65 - OUTROS TIPOS⁴ DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTIC

1274672

ENCAMINHAMENTO:	CID-10:
MEDICAÇÃO:	

☐ PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO

☐ 2. APLICADA	☐ QUATRO HOSPITAL	☐ CÍBITO	☐ OUTROS
--------------------------------------	--	---------------------------------	---------------------------------

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

03010072

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

62

ASS. DO(S) PROFISSIONALIS(S) ASSISTENTE(S) DO ARQUIVO

3
 CNS
 GBO
 CRM
 20-11-0

UNITADO

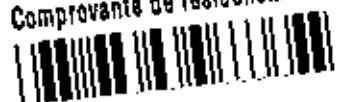
ASS. ~~PAR~~ACIDENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU POLÍGARGAREITO

10/10/1917

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

Lucifera lucifer

Guaranteed
NS-108-2000
NADIR
Warta Co.
Warta Au.
009945

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Antonio FERNANDES DA SILVA
RG nº 2.643.286, data de expedição 10/04/1999, Órgão
SS P/PP, CPF nº 042.439.094-90, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Sítio Lagoa da Contingora</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Picuí</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>59.182-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99912 5490</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí - PB, 18 de Agosto de 2016

Assinatura do Declarante: Antonio FERNANDES DA SILVA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscalizante de energia elétrica. N° 000.039.435



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 230, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-020
CNPJ 09.689.103 / 0001-40 - Insc. Est. 15.015.023-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
ANTONIO FERREIRA DE LIMA SIT LAGOA DA CAATINGA SIN PICUI		5/850524-0		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2017	07/08/2017	58	14/08/2017	R\$ 23,19

Acesse: www.energisa.com.br

		ANTONIO FERREIRA DE LIMA Telefone: 01-080-570-1500 83890000000-8 23190054000-7 08505242017-2 08500800019-3	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA	
14/08/2017	R\$ 23,19	850524-2017-08-5	





Cartão
Quorcard Mastercard Gold
 Nº 5464 **** 2215

Pág. 001 de 002

Data prevista para o fechamento do período fatura: 27/08/2017

Vencimento:
05/08/2017



CTG RECIFE PE PL13

Período: 26/07/2017
 Vencimento: 05/08/2017

NILO T DANTAS
 RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145
 JK
 58187-000 PICUI - PB

- Atenção:**
- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá ativar com 9% taxa e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
 - Caso seja efetuado o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 1,97. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura. Sem Crédito Relativo/Saque.

Valor Total:

R\$ **533,76**

Pagamento mínimo: (1)

R\$ **514,69**

Pagamento parcelado: (2)

ENTRADA 498,28
 + 35 11,08

Comprovante de residência



(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso válidas.
 (2) Para parcelar esta fatura em 5 vezes (1 + 4), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor de entrada (R\$ 498,28 + CET 208,88%). Se você preferir parcelamentos anteriores, a mensalidade que será cobrada nesta fatura é o valor da parcela. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os juros (parcelas de parcelamento e informações sobre o CET, acessar bb.com.br/parcelar), procure um call center ou ligue para o Centro de Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$ **533,76**
 Saldo convertido - R\$ **0,00**
Total da fatura - R\$ 533,76

> Resumo em Real

Saldo anterior **916,83**
 Pagamentos/Créditos **- 916,83**
 Compras/Débitos **533,76**
 Saldo - R\$ **533,76**
 Saldo parcelado **0**
 Saldo faturas futuras

> Resumo em Dólar

Compras/Saques **0,00**
 Outros débitos **0,00**
 Créditos **0,00**
 Saldo atual - US\$ **0,00**
 Taxa de conversão **0,0000**
 Saldo convertido - R\$ **0,00**

1 - A vantagem cambial a crédito ou o débito em dólar informado na fatura e o saldo do pagamento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF
 - Mensagens à uso do limite de crédito rotativo **4,43**
Encargos
 - Retiradas na função crédito **0,00**
 - Uso do limite de crédito rotativo **24,19**

> Limites

Total para transação à vista **6.400**
Saque (incluindo taxa de saque à vista) **6.400**
Total para transações parceladas **0**
Crédito **0**

Consulte seus limites disponíveis, acesse www.bb.com.br

> Ponto pra Você/Nível

Pontuação acumulada em: 26/07/2017 **4.405**
 Consulte pontos a preservar e saldo atual - telas eletrônicas: Ponto pra Você > Freq. Recompensas.
 - Internet: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos
 - Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos

> Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,79	9,79
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de atraso	12,79	12,79
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período - 90 dias
 2 - Mensalidade para o próximo período - 90 dias

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Uso no Exterior

É preciso habilitar sua Carteira antes de utilizá-la no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

> Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxa de Juros (%)	Taxa de Juros Anual (%)	IOF Adicional (%)	IOF Unificado (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo Sem juros	9,79	208,72	0,38	0,0002	220,63
Parcelado - administração	9,30	190,58	0,38	0,0002	192,53
Pagamento com juros	7,35	154,22	0,38	0,0002	158,05

(1) Taxa Variável até o vencimento desta fatura, ou seja, a anterior para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMFRATZADOS, a taxa de crédito rotativo e saque de até 10% do limite, CET 499,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
 (2) Resultado da multiplicação da Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Unificado projetado para o período de um ano.
 (3) Taxas de juros sobre juros e outras taxas. Em caso de dúvidas, consulte o Centro de Atendimento BB.
 (4) Os serviços não estão disponíveis para clientes não cadastrados do Banco do Brasil.
 Cet - Taxa de Saque: R\$ 3,00 por saque. Taxa de Pagamento de Compras: R\$ 4,50 por saque.

 BANCO DO BRASIL		001-9	00194.52101 00053.167276 80000.000663 5 000			
Nome do Pagador / CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP			NILO T DANTAS - CPF 047.961.774-65 RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145 - JK - 58187-000 - PICUI - PB			
Sacador / Agência		Nº do documento		Data de Vencimento		Valor Documento
00000000053167276				05/08/2017		533,76
Nome do Beneficiário / CPF/CNPJ/Endereço			Valor Pago			

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGUADOR
 BBMAFPRE



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825**

2ª via, expedido por **SSP/PB**, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na

qualidade de **procurador(a)/intermediário(a)** do **beneficiário(a)**

ANTONIO FERREIRA DE LIMA

do sinistro de DPVAT da natureza INURTO

da vítima ANTONIO FERREIRA DE LIMA

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65

PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO







Antonio Silva da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificacao

CÔRPO DE CONTROLE
1CA7.ABC1.391B.F672

A autenticidade desta comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
WWW.FECETITAZENDA.GOV.BR

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 10/03/2015 às 22:02:2915 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 98

042439094-90

RECEBIDO
17 AGO. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome
ANTONIO FERREIRA DE LIMA

Matrícula
042.439.094-90

Assinatura
05/12/1964

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

2.659.825.2ª Via 01.09.2001

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Silvia Araújo Dantas.

Marli Dória Trigueiro Dantas.

João Pessoa, PB 09.06.1983

Cart. Danc. nº 28.412. Via. 195. Lav. A. 27

3ª Cart. João Pessoa, PB

047.951.774.65

Dr. Maria *[Signature]*

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

01.09.01



Nilo Trigueiro Dantas

Documentos de Identificação



CONSELHO DOS ADVOGADOS DA PARAIBA

CONSELHO REGIONAL DA PARAIBA

CONSELHO DE ADVOGADOS

NILO TRIGUEIRO DANTAS

CPF: 047.951.774.65

047.951.774.65

047.951.774.65

047.951.774.65

05481822



Nilo Trigueiro Dantas

05481822

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB PRT 199415684048106588
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. RENAVAM 636679730 RUA EXERCÍCIO 1999
NOME/ENDEREÇO JOSE NIVALDO DA COSTA
SITIO CUNHA S/N
58285000 JACARAU - PB

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB
EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E USUÁRIO DO VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE

PB Nº 4048106588 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO JOSE NIVALDO DA COSTA
SITIO CUNHA S/N
58285000 JACARAU - PB
CPF/CGC 67285503487 PLACA JLJ5198/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO
PBNº 4048106588 EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

NOME/ENDEREÇO JOSE NIVALDO DA COSTA
SITIO CUNHA S/N
58285000 JACARAU - PB
CPF/CGC 67285503487 PLACA JLJ5198/PB

COD. RENAVAM 636679730 MARCA/MODELO HONDA/CB 125 TITAN
ANO/FAB 1995 CHASSI PC2JC2501SR625314
PREMIO UNIDUROS CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00

PREMIO UNIDUROS CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00
TOTAL (R\$) 4048106588

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRT - 199415684048106588

VIA 1 636679730

JOSE NIVALDO DA COSTA

SITIO CUNHA S/N
58285000 JACARAU - PB

PLACA JLJ5198/PB

EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB

EXERCÍCIO 1999 DATA EMISSA 10/08/11

PLACA JLJ5198/PB



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima ANTONIO FERREIRA DE LIMA	CPF da Vítima 04243909490
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML 0320465/17	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovas das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0125261

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

