

NOTA DE VENDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

15.070-754

22.08.1984

ALIANZA REGINA PORTO SILVA

Avaneth Oliveira Porto

Bananeiras-PB 04.08.1954

DATAS DE NASCIMENTO

Cort. Est. 2-070, Ano 8-10,

1.134, Cart. Reg. Civil-Solânea-PB

J. Pessoa-PB

05.09.1984

LEI 17.115 DE 25.08.83

0430102-1

00-BRASIL S/A

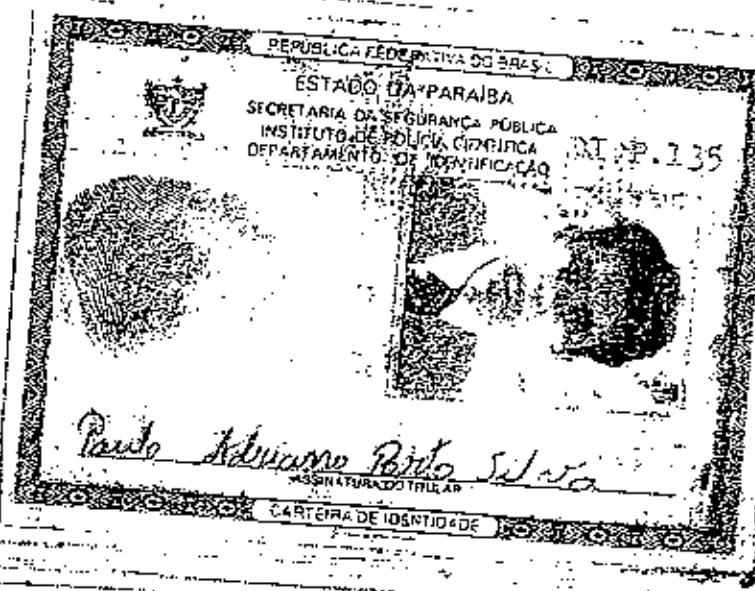
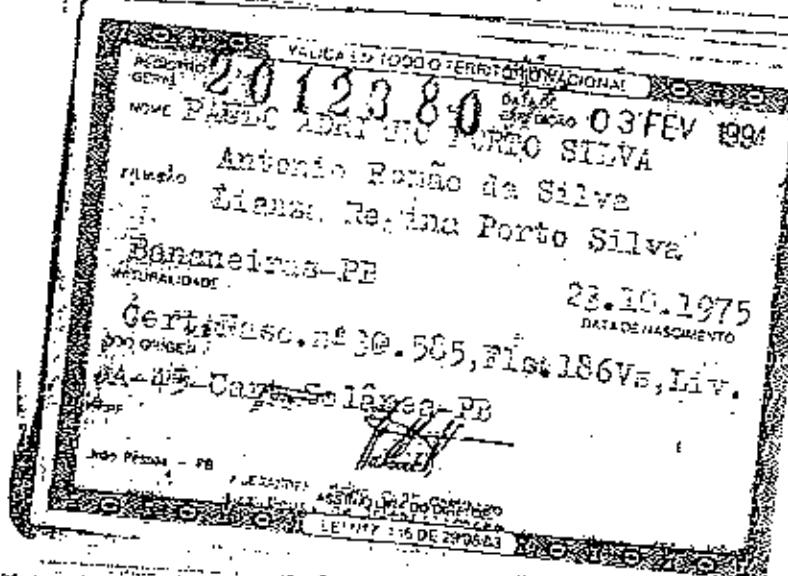
BANCO DO NORDESTE

26/04/92

600.000

SACAR FOLHOS

ALIANZA REGINA PORTO SILVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

| | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------|-------------------|
| 5 - Nome completo: <i>Paulo Adriano Porto Silva</i> | 6 - CPF: <i>020.745.384-93</i> | | |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP: |
| 15 - E-mail: | | 16 - Tel.(DDD): | |

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

| | | |
|---|---|--|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: <i>Antônio Romão da Silva</i> | 18 - CPF do Representante Legal: <i>288.361.804-44</i> | 19 - Profissão do Representante Legal: |
|---|---|--|

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: | <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | |
| 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos | 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos | 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 299 do Código Penal.

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Albion de Lima Long

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS01 a 16 **Registro de informações cadastrais**

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|----|---|---|
| 17 | Nome completo do Representante Legal | Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação. |
| 18 | CPF do Representante Legal | Preencher com o número de Inscrição do representante legal no CPF. |
| 19 | Profissão do Representante Legal | Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui". |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):**Deverão ser representados:**

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

| | | |
|----|---|--|
| 20 | Renda Mensal do Titular da conta | Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização. |
| 21 | Dados bancários | Assinalar a opção Indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da Indenização. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da Indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário da Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

| | | |
|----|---|--|
| 22 | Declaração de Ausência de Laudo do IML | Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. |
|----|---|--|

MORTE

| | | |
|---------|---|---|
| 23 a 33 | Declaração de Únicos Beneficiários | A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário. |
|---------|---|---|

NÃO ALFABETIZADO

| | | |
|----|---|---|
| 34 | Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Apagar a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado. |
| 35 | Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo). |
| 36 | CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo). |
| 37 | Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) | Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe cléndia do Intelro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

| | | |
|----|----------------------|--|
| 38 | 1ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha. |
| 39 | 2ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

| | | |
|----|---|--|
| 40 | Local e Data | Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário. |
| 41 | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | Assinatura da vítima/beneficiário da Indenização conforme documento de identidade. |
| 42 | Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade. |
| 43 | Assinatura do Procurador (se houver) | Assinatura do procurador devidamente nomeado. |

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios): Capital e Regiões Metropolitanas: 020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Dms: 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 6189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP da sinistra ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Paulo Adonai Porto Salva

6 - CPF:

020.745.299-93

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Liaozza Regina Porto Salva

18 - CPF do Representante Legal:

928.061.554-87

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO 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)
 Banco do Brasil (001)

 Itaú (341)
 Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

6 - 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:

03/09/2019

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

nascer

(nascer)

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim Não

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

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 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Alvaro de Souza Lobo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DAOS CADASTRAIS

01a16 Registro de informações cadastrais

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17 Nome completo do Representante Legal

Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.

18 CPF do Representante Legal

Preencher com o número de Inscrição do representante legal no CPF.

19 Profissão do Representante Legal

Preencher com a profissão do representante legal.

No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e é incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DAOS BANCÁRIOS

20 Renda Mensal do Titular da conta

Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.

21 Dados bancários

Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 Declaração de Ausência de Laudo do IML

Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários

A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.

35 Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).

36 CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).

37 Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS38 1^º testemunhaPreencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1^º testemunha.39 2^º testemunhaPreencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2^º testemunha.**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:**

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40 Local e Data

Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.

41 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.

42 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.

43 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorailder.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05

Ouvidoria: 0800 021 91 35

ALEXANDRO PORTO SILVA
ST ROMA DE CIMA, SIN - AREA RURAL
BANANEIRAS/PB/CEP: 50230000/40, 44

UFALAN MUNICIPAL
Divisão: RUE MILITAR RURAL - PIAUÍ - Município de
Piatã, S-18- 328- 1340
Referência: 001/2019
Número: 0000916917



ENERGISA PARAÍBA - DIST. 012 - 70 DE ENERGIA
RUA 01-25 - Centro Administrativo - João Pessoa - PB - 50020-000
SAC: 0800-083-0196

Valor da conta de energia: R\$12,57
Cada mês é cobrado o ICMS (3%)

0800-083-0196

Jul/7 2019 11/07/2019 12/06/2019 046.228.384-17
Insc. Faz.

VALOR DA CONTA DE ENERGIA: R\$12,57
VALOR DO MOVIMENTO VÁCIOS: R\$0,00
VALOR DO ICMS: R\$0,38

| Item | Data | Lectura | Data | Lectura | Consumo | Preço | Total | Impostos | ICMS | Valor Total |
|-----------------------------|------------------|---------|------------------|---------|---------|-------|-------|----------|------|-------------|
| | 12/06/19 | 2103 | 11/07/19 | 2036 | | | 83 | | 31 | 12,57 |
| 0001 Consumo Ativo | | | | | | | | | | |
| 0001 Consumo Ativo | | | | | | | | | | |
| 0001 Consumo Ativo | 00000 0,00000 00 | 42,00 | 00000 0,00000 00 | 42,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0001 Adm. E. Energia | 00000 0,00000 00 | 0,00 | 00000 0,00000 00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0001 Suplante | 00000 0,00000 00 | 0,00 | 00000 0,00000 00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0004 LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | |
| 0004 JUROS DE MORA 02/06/19 | | | | | | | | | | |
| 0005 Multa 02/06/19 | | | | | | | | | | |
| 0006 Operação Especial | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

CCB: Código de Classificação do Bem TOTAL
Tributos e Impostos: 0400240

11/07/2019 046.228.384-17 0800-083-0196
07 1 03 1 50 1 82 1 82 1 77 1 90 1 88 1 91 1 87 1 87 1 87 1 82
JUN19 Agosto Setembro Outubro Novembro Dezembro Jan19 Fevereiro Mar19 Abril19 Maio19 Junho19

RESERVADO AO FISCAIS

3295.8773.31b4.a031.6Hc0.3d78.bGe3.8fb5.

| MENSAL | TRIMESTRAL | QUADRIMESTRAL | ANUAL | Consumo de Consumo | | |
|------------|----------------|-------------------|-----------|--|-------------|--------|
| | | | | Descrição | Valor (R\$) | % |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Tarifa de Consumo de Energia - R\$0 | 12,57 | 100,00 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Consumo de Energia | 12,57 | 100,00 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Serviço de Iluminação | 1,91 | 3,03 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Encargo Básico | 0,32 | 0,98 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Encargo Diferencial | 7,77 | 40,27 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Total | 12,57 | 100,00 |
| | | | | Valor do ICMS/R\$ 0,38 (0,03% R\$ 12,57) | 0,38 | 0,31 |

ALEXANDRO PORTO SILVA
ST ROMA DE CIMA, SIN - AREA RURAL
BANANEIRAS/PB/CEP: 50230000/40, 44

UFALAN MUNICIPAL
Divisão: RUE MILITAR RURAL - PIAUÍ - Município de
Piatã, S-18- 328- 1340
Referência: 001/2019
Número: 0000916917



ENERGISA PARAÍBA - DIST. 012 - 70 DE ENERGIA
RUA 01-25 - Centro Administrativo - João Pessoa - PB - 50020-000
SAC: 0800-083-0196

Valor da conta de energia: R\$12,57
Cada mês é cobrado o ICMS (3%)

0800-083-0196

Jul/7 2019 11/07/2019 12/06/2019 046.228.384-17
Insc. Faz.

VALOR DA CONTA DE ENERGIA: R\$12,57
VALOR DO MOVIMENTO VÁCIOS: R\$0,00
VALOR DO ICMS: R\$0,38

| Item | Data | Lectura | Data | Lectura | Consumo | Preço | Total | Impostos | ICMS | Valor Total |
|-----------------------------|------------------|---------|------------------|---------|---------|-------|-------|----------|------|-------------|
| | 12/06/19 | 2103 | 11/07/19 | 2036 | | | 83 | | 31 | 12,57 |
| 0001 Consumo Ativo | | | | | | | | | | |
| 0001 Consumo Ativo | | | | | | | | | | |
| 0001 Consumo Ativo | 00000 0,00000 00 | 42,00 | 00000 0,00000 00 | 42,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0001 Adm. E. Energia | 00000 0,00000 00 | 0,00 | 00000 0,00000 00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0001 Suplante | 00000 0,00000 00 | 0,00 | 00000 0,00000 00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0004 LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | |
| 0004 JUROS DE MORA 02/06/19 | | | | | | | | | | |
| 0005 Multa 02/06/19 | | | | | | | | | | |
| 0006 Operação Especial | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

CCB: Código de Classificação do Bem TOTAL
Tributos e Impostos: 0400240

11/07/2019 046.228.384-17 0800-083-0196
07 1 03 1 50 1 82 1 82 1 77 1 90 1 88 1 91 1 87 1 87 1 87 1 82
JUN19 Agosto Setembro Outubro Novembro Dezembro Jan19 Fevereiro Mar19 Abril19 Maio19 Junho19

RESERVADO AO FISCAIS

3295.8773.31b4.a031.6Hc0.3d78.bGe3.8fb5.

| MENSAL | TRIMESTRAL | QUADRIMESTRAL | ANUAL | Consumo de Consumo | | |
|------------|----------------|-------------------|-----------|--|-------------|--------|
| | | | | Descrição | Valor (R\$) | % |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Tarifa de Consumo de Energia - R\$0 | 12,57 | 100,00 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Consumo de Energia | 12,57 | 100,00 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Serviço de Iluminação | 1,91 | 3,03 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Encargo Básico | 0,32 | 0,98 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Encargo Diferencial | 7,77 | 40,27 |
| 000 MENSAL | 000 TRIMESTRAL | 000 QUADRIMESTRAL | 000 ANUAL | Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| | | | | Total | 12,57 | 100,00 |
| | | | | Valor do ICMS/R\$ 0,38 (0,03% R\$ 12,57) | 0,38 | 0,31 |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Serviço Regional das Pessoas Naturais
Eduardo Amaro - Rua Quintino Bocaiuva, 127
Centro - Bananeiras - PB
Eronides Amaro da Silva - L.A.P.

Certidão de Óbito

NOME:

PAULO ADRIANO PORTO SILVA

CPF

020.745.284-93

MATRÍCULA:

0696660155 2019 4 00008 014 0004911 29

SEXO:

MASCULINO

COR:

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE:

solteiro, 43 anos

NATURALIDADE:

Bananeiras-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

ELEITOR

RG 2012350 Cigão SSP UF: PB Data

emissão: SIM - N° 019009801210 Zona 14 -

PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA:

ANTONIO ROMAO DA SILVA e LIANZA REGINA PORTO DA SILVA. Resida no(s) Distrito de Roma, no município de Bananeiras-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO:

cinco de agosto de dois mil e dezoito - 05:30

DIA:

05

MÊS:

08

ANO:

2019

LOCAL DO FALECIMENTO:

Hospital de Emergência e Trauma no município de João Pessoa-PB

CAUSA DA Morte:

Choque Hipovolêmico, Lesão Vascular e Imergente Encefálico, Trauma Múltiplo

SEXPULTAMENTO/CREMAÇÃO:

DECLARANTE:

Obra Ferta da cidade de Solânea - PB Solânea no município de Solânea-PB

ALEXANDRO PORTO SILVA, Agricultor, CPF nº 045.228.184-17, RG nº 228022 SSP-PB, residente e domiciliado Distrito de Roma, Bananeiras-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO:

Francisca Divina S. de Melo, CRM 3272

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES:

Registro lavrado em 09/08/2019, no Livro C-00006, N° 4911, folha 14. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 292090374. Que o exinto era registrado no cartório do Registro Civil da cidade de Solânea - PB Socorr 30.565, fls. 185-V, livro A-45. Não deixou filhos, deixou hérns, era eleitor.

Serviço Regional das Pessoas Naturais
Eduardo Amaro - Rua Quintino Bocaiuva, 127

Bananeiras - PB

E-mail: srgpb@sejpb.pb.gov.br

Site: www.srgpb.pb.gov.br

Côndor de Registro Civil

Eduardo Amaro da Silva

Bananeiras-PB

Rua Quintino Bocaiuva, 127 - Centro Bananeiras-PB - CEP 58220-000
Fone: (83)3367-1375

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé

Bananeiras-PB, 9 de Agosto de 2019

Eronides Amaro da Silva
Ofício de Registro Civil

Selo Digital AGJ44625-Q04D

Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tiph.jus.br>
Encargos e taxas: R\$ 0,00



VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTEGRAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO.

Nº 772636 B



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Serviço Registras das Pessoas Naturais
Órgão: Amaro - Rua Quintino Bocaiúva, 127
Centro - Bananeiras - PB
Eronides Amaro da Silva
Tribunal de Justiça do Brasil

Certidão de Óbito

CPF

NOME:
PAULO ADRIANO PORTO SILVA

020.745.284-93

MATRÍCULA:

0696660155 2019 4 00008 014 0004911 29

SEXO

masculino

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

sócio, 43 anos

NACIONALIDADE

Bananeiras-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG: 2012380, Órgão: SSP, UF: PB, Data de emissão:

ELEITOR

SIM - Nº 019999801210, Zona: 14 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

ANTONIO ROMAO DA SILVA e LIANZA REGINA PORTO DA SILVA. Residia na Rua Distrito de Roma, no município de Bananeiras-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

cinco de agosto de dois mil e dezenove - 09:30

DIA 05 MÊS 08 ANO 2019

LOCAL DO FALECIMENTO

Hospital de Emergência e Trauma no município de João Pessoa-PB

CAUSA DA Morte

Choque Hemorrágico, Lesão Vascular e Meningo Encéfalica, Trauma Múltiplos

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério da cidade de Solânea - PB, Solânea no município de Solânea-PB

DECLARANTE

ALEKSANDRO PORTO SILVA, Agricultor, CPF nº 045.228.364-17, RG nº 2289232 SSP-PB, residente e domiciliado: Distrito de Roma, Bananeiras-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Francisca Divina S. de Melo, CRM 3272

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 09/08/2019, no Livro C-00008, N° 4911, folha 14. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 292090374. Que o exato era registrado no cartório do Registro Civil da cidade de Solânea - PB Sob nº 30 5851, fls: 186-V, livro: A45. Não deixou filhos, deixou bens, era solteiro.

Serviço Registras das Pessoas Naturais

Órgão: Amaro - Rua Quintino Bocaiúva, 127

Centro - Bananeiras - PB

Tribunal de Justiça do Brasil

Agenda

Cartório de Registro Civil

Eronides Amaro da Silva

Bananeiras-PB

Rua Quintino Bocaiúva, 127 - Centro Bananeiras-PB - CEP 58220-000
Fone: (83)3367-1375

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé,

Bananeiras-PB, 9 de Agosto de 2019

Eronides Amaro da Silva
Oficial do Registro Civil

Selo Digital AGJ44625-Q04D

Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.upb.jus.br>
Emolumentos e taxas: R\$ 0,00



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

Nº 772636 - B

**Documentação
recebida na agência
dos Correios sem o
Boletim de
Ocorrência.**

Favor pendenciar.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP da sinistra ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Paulo Adonai Porto Salva

6 - CPF:

020.745.299-93

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Liaozza Regina Porto Salva

18 - CPF do Representante Legal:

928.061.554-87

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

6 - 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:

03/09/2019

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 teve filhos?

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim Não

nasceram (nasceram?)

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim Não

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

pais/avós vivos?

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 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Alvaro de Souza Lobo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DAOS CADASTRAIS

01a16 Registro de informações cadastrais

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|----|--------------------------------------|---|
| 17 | Nome completo do Representante Legal | Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação. |
| 18 | CPF do Representante Legal | Preencher com o número de Inscrição do representante legal no CPF. |
| 19 | Profissão do Representante Legal | Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui". |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):**Deverão ser representados:**

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e é incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DAOS BANCÁRIOS

| | | |
|----|----------------------------------|--|
| 20 | Renda Mensal do Titular da conta | Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização. |
| 21 | Dados bancários | Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

| | | |
|----|--|--|
| 22 | Declaração de Ausência de Laudo do IML | Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. |
|----|--|--|

MORTE

| | | |
|---------|------------------------------------|---|
| 23 a 33 | Declaração de Únicos Beneficiários | A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário. |
|---------|------------------------------------|---|

NÃO ALFABETIZADO

| | | |
|----|--|---|
| 34 | Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Aplicar a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado. |
| 35 | Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo). |
| 36 | CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo). |
| 37 | Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) | Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

| | | |
|----|---------------|--|
| 38 | 1º testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1º testemunha. |
| 39 | 2º testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2º testemunha. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

| | | |
|----|--|--|
| 40 | Local e Data | Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário. |
| 41 | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade. |
| 42 | Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade. |
| 43 | Assinatura do Procurador (se houver) | Assinatura do procurador devidamente nomeado. |

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalide.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05

Ouvidoria: 0800 021 91 35

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

| | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------|-------------------|
| 5 - Nome completo: <i>Paulo Adriano Porto Silva</i> | 6 - CPF: <i>020.745.384-93</i> | | |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP: |
| 15 - E-mail: | | 16 - Tel.(DDD): | |

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

| | | |
|---|---|--|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: <i>Antônio Romão da Silva</i> | 18 - CPF do Representante Legal: <i>288.361.804-44</i> | 19 - Profissão do Representante Legal: |
|---|---|--|

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: | <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | |
| 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos | 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos | 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 299 do Código Penal.

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Albion de Lima Long

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS01 a 16 **Registro de informações cadastrais**

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|----|---|---|
| 17 | Nome completo do Representante Legal | Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação. |
| 18 | CPF do Representante Legal | Preencher com o número de Inscrição do representante legal no CPF. |
| 19 | Profissão do Representante Legal | Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui". |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):**Deverão ser representados:**

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

| | | |
|----|---|--|
| 20 | Renda Mensal do Titular da conta | Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização. |
| 21 | Dados bancários | Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da Indenização. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da Indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário da Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

| | | |
|----|---|--|
| 22 | Declaração de Ausência de Laudo do IML | Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. |
|----|---|--|

MORTE

| | | |
|---------|---|---|
| 23 a 33 | Declaração de Únicos Beneficiários | A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário. |
|---------|---|---|

NÃO ALFABETIZADO

| | | |
|----|---|---|
| 34 | Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Apagar a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado. |
| 35 | Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo). |
| 36 | CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) | Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo). |
| 37 | Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) | Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe cléndia do Intelro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

| | | |
|----|----------------------|--|
| 38 | 1ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha. |
| 39 | 2ª testemunha | Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha. |

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

| | | |
|----|---|--|
| 40 | Local e Data | Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário. |
| 41 | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | Assinatura da vítima/beneficiário da Indenização conforme documento de identidade. |
| 42 | Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade. |
| 43 | Assinatura do Procurador (se houver) | Assinatura do procurador devidamente nomeado. |

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios): Capital e Regiões Metropolitanas: 020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Dms: 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 6189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159188

Vítima: PAULO ADRIANO PORTO SILVA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LIANZA REGINA PORTO SILVA

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

| | |
|---------------------------------|--|
| Boletim de ocorrência | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), pois não foi entregue. |
| Autorização de pagamento | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto. |

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. 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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159188

Vítima: PAULO ADRIANO PORTO SILVA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ROMAO DA SILVA

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

| | |
|---------------------------------|--|
| Boletim de ocorrência | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), pois não foi entregue. |
| Autorização de pagamento | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto. |

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. 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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159188

Vítima: PAULO ADRIANO PORTO SILVA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIANZA REGINA PORTO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159188

Vítima: PAULO ADRIANO PORTO SILVA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ROMAO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123983/20

Vítima: PAULO ADRIANO PORTO SILVA

CPF: 020.745.284-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: PAULO ADRIANO PORTO SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

LIANZA REGINA PORTO SILVA : 928.061.554-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ANTONIO ROMAO DA SILVA : 288.368.804-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: ANTONIO ROMAO DA SILVA
CPF: 288.368.804-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

ANTONIO ROMAO DA SILVA

Patricia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

- INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **PAULO ADRIANO PORTO SILVA**

Data do Acidente: **10/08/2019** Possui CPF: Sim Não Nº CPF **020.745.284-93**

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Laudo de Invalidez do IML – Sim Não – original ou cópia autenticada
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: Sim Não
- Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: Sim Não
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: Sim Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- Termo de Condição (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (HIJO(A) OU NETO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Alisson de Souza Lima

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal

CPF do portador:

E-mail:

Tel.: ()

Data:

Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

PC Solânea PB

Atendente:

Matrícula:

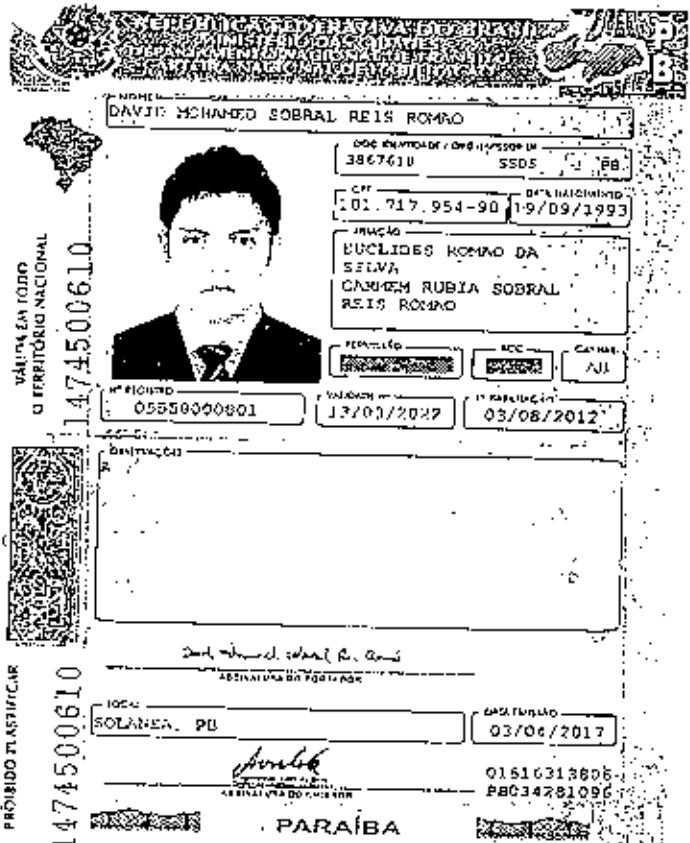
Y0930003

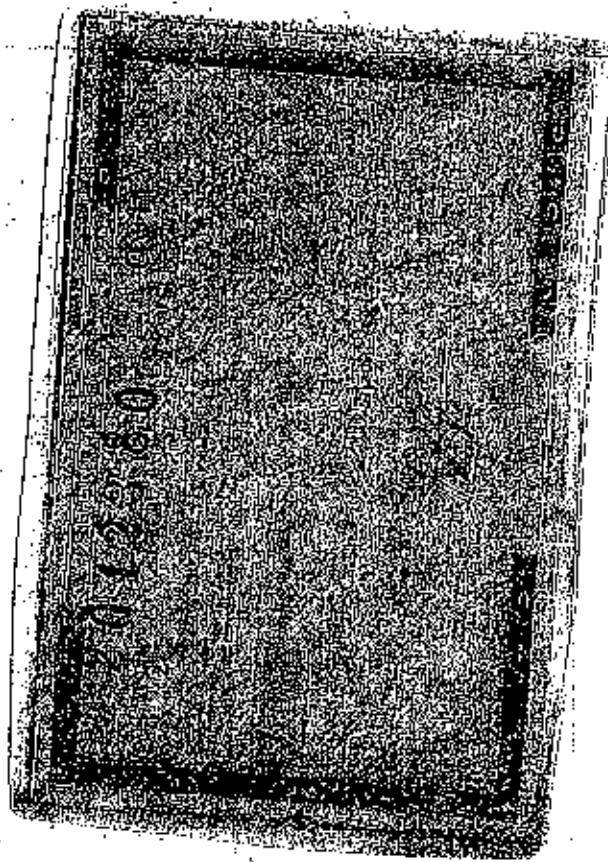
Data:

27/03/2020

Assinatura

JFM







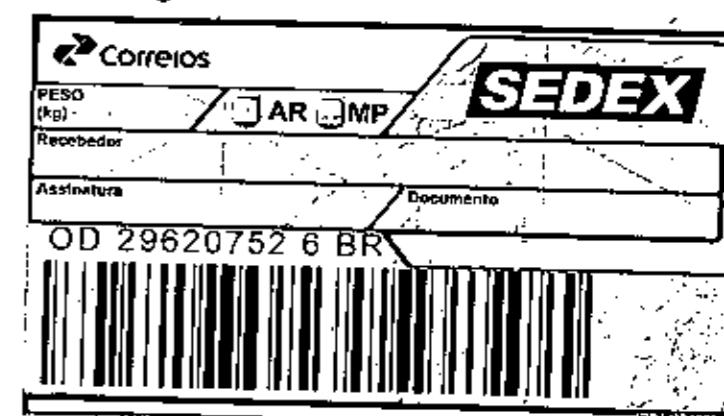
Seguro DPVAT

Seguradora Líder

2611



01/04/20



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 • 24º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ
20011-904

umber
0800 0221204
Country
BRASIL

ATENDIME





Seguro DPVAT

Seguradora Líder

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://facebook.com/dpvatoficial)



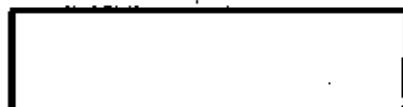
[Youtube.com/dpvatoficial](https://youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

blog: www.viverseguronotransito.com.br

| | | | |
|---|----------|-------------------------|--------------------|
| REMETENTE / Sender | | TELEFONE / Phone Number | |
| <i>Hilson De Lima Lins</i> | | 83 99400 0045 | |
| ENDEREÇO / Address | | | |
| <i>R. Celso Cunha nº 548 apto - 102</i> | | | |
| CEP / Zip | 58225000 | CIDADE / City | <i>Solanópolis</i> |
| UF / State | PB | PAÍS / Country | Brazil |



RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE ↑



**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



| | | | | | | |
|---|---|-------------|-------|---|---|--|
| DEVOLUÇÃO (Return) (On 15) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE para... | <input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RECLUSÃO (closed) | <input type="checkbox"/> ENDERÉCOP INSUROVENTE (Insufficient Address) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown) | <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (undeliverable) | <input type="checkbox"/> OUTROS (Other) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent) | | | | | | |
| TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts) | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| <input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico | Information provided by doorman or condo manager | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em | Reintegrated to service post | | | | | |
| Data | 1/1 | Responsável | | | | |