

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180002136

Vitima: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 09/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180002136**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações 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



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180002136
Vitima: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180002136**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180002136
Vitima: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180002136**.

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

Pag. 01919/01920 - carta_16 - INVALIDEZ



00029960

Carta nº 13034105

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

105 433 004 - 20

Pedro Antônio do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Pedro Antônio do Nascimento	105 433 004 - 20	agricultor
Endereço	Número	Complemento
Sítio Lanhacra	511	
Bairro	Estado	CEP
Rua Rural	Paráíba	58289000
Email	Telefone (DDD)	
	991356710	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

AGÊNCIA NRO. 0044 D/V CONTA NRO. 73 905 9
 (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. 9
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.
 	 	
AGÊNCIA	D/V	CONTA
NRO. 	 	NRO.
(Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. Kessoa, 23 de outubro de 2017

Local e Data

Pedro Antônio do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

CINCOR/PB

15 DEZ. 2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



COR/PPB
15 DEZ. 2017

S/NCOR/PPB
15 DEZ. 2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01610.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01610.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:26 horas do dia 06 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Pedro Antonio do Nascimento**, RG nº 3845243 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria da Penha dos Santos e Antonio Arnor do Nascimento, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 22/07/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Inhaua, Nº s/nº, complemento sítio, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Proximo a Manmanguape, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-6710.

Dados do(s) Fatos:

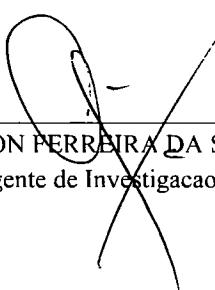
Local: Sítio Inhaua, nº s/nº, Sítio, Proximo a Manmanguape, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 09/04/17 22:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

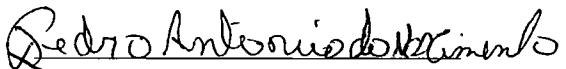
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR PRETA ANO 2012, DE PLACA LQV-4239-PB, CHASSI Nº 9C2KC1680CR450559, EM NOME DE DAMIAO PEDRO DA SILVA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM PB 2516, DATADO 11/08/2017.

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

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao


PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
Noticiante





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Pedro Antonio do Nascimento

CPF da Vítima

105 433 004-20

Data do Acidente

09-04-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da 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 realização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SINCOR/PB
15 DEZ. 2017

JPA . 15 de dezembro de 17

Local e Data

Pedro Antonio do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



MARIA DA PENHA DOS SANTOS
SIT INHAUA, SN - ÁREA RURAL
CUTIE DE MAMANGUAPE / PB CEP: 58288000 (AG: 14)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Rotero: 15 - 268 - 871 - 3240 Referencia: Abr/2017
Nº medidor: 00000503531 Emissao: 25/04/2017

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°001 153.902
Código para Débito Automático: 00011427702

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora):

5/1142776-2

Canal de contato

Abr / 2017

Apresentação

25/04/2017

Data prevista da
próxima leitura

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Prezado Cliente

Conforme Resolução Homologatória ANEEL N° 2214/17, no período de 1º a 30 de abril a Tarifa será reduzida em 0,03881 R\$/kWh para revertar a previsão do Encargo de Energia de Reserva (EER) da Usina Angra III. O efeito na fatura de cada unidade consumidora se dará de acordo com seu ciclo de leitura e faturamento.

Mais informações no site www.aneel.gov.br.

24/05/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

88626571453

Insc. Est:

Faturas em atraso

Anterior Atual Constante Consumo Dias

24/03/17 10825 25/04/17 10711 1 86 32

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,13811	4,08
Consumo - 31 a 100kWh-BR	58	0,23934	13,08
Adic. B. Amarela			0,18
Adic. B. Vermelha			1,04
Subsídio			18,82
ICMS			13,34
PIS			0,49
COFINS			2,28

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Devolução Subsídio -16,82

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/17	81
Fev/17	78
Jan/17	79
Dez/16	84
Nov/16	80
Out/16	73
Sep/16	75
Ago/16	69
Jul/16	73
Jun/16	68
May/16	66
Abr/16	86

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	63,38	25,00	13,34
PIS	53,38	0,8230	0,49
COFINS	53,38	4,2412	2,28

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

03/05/2017 R\$ 34,45

Média dos últimos meses

190a.760e.f48a.db38.5227 aa36.3a5a.3a13.

Indicadores de Qualidade 2/2017 - Sepé

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	12,35	9,50	Serviços de Dist. da Energia/PB	8,53	10,85
DIC TRIMESTRAL	24,71	NOMINAL	Compra de Energia	8,81	25,57
DIC ANUAL	49,42	220	Serviço de Transmissão	0,45	1,31
FIC MENSAL	7,82	3,00	Encargos Salariais	2,57	7,48
FIC TRIMESTRAL	15,64	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	18,08	46,71
FIC ANUAL	31,28	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	8,78	202	Total	34,45	100,00
DICRI	18,80	LIMITE SUPERIOR			

Valor do EUSD (Ref. 2/2017) R\$ 8,67

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 18,82

SINCOR/PB
15 DEZ. 2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Damião Pedro da Silva

RG nº 29-930.584-4 data de expedição 16/04/2016

Órgão DETRAN-RJ portador do CPF nº 066-853-414-16, com
domicílio na cidade de Cuité de Mamanguape-PB no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Pau-Lo, 111. Cuité de Mamanguape

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Pedro Antônio do Nascimento cujo o condutor era

Veículo: motorcicleta

Modelo: Honda CG 150 FON

Ano: 2012

Placa: LQU 4239

Chassi: 9C2KCL680CR450559

Data do Acidente: 09/09/17

Local e Data: garagem Pense 19/09/17

RECONHECO
OFÍCIO

Damião Pedro da Silva
Assinatura do Declarante)



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

)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS

Rua Da Matriz, 41, Centro, Cuité de Mamanguape-PB



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
DAMIÃO PEDRO DA SILVA

Dou fé. Cuité de Mamanguape/PB - 08/09/2017
Substituto: **ADAUTO RODRIGUES DE BULHÕES**

Selo Digital: AFM93835-E3AZ

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 10,50 FARPEM R\$ 0,08 MP R\$ 0,17 FEPJ R\$ 0,20

1º OFÍCIO DE NOTAS
M.º Anuendada R. de Bulhões
N.ºária Pública
Sub. Adauto R. de Bulhões
Cuité de Mamanguape-PB

Adauto Rodrigues de Bulhões
Oficial do Registro Civil
Substituto

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

DADOS DE NASCIMENTO 22/07/1992

NOME DA MÃE MARIA DA PENHA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 992.788

Nº PRONTUÁRIO 101.378

DATA DO ATENDIMENTO 09/04/17

HORA DO ATENDIMENTO 02:22

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE OPN (OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ) +
TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 02.2 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU de Cuité de Mamanguape-PB, apresentando TCE + trauma com escoriações em face, sufuções periorbitais bilaterais e ferimento em lábio superior. Relato de ingestão alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da face

RX da coluna cervical - AP e P

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

USG do abdome total - FAST

SINCOR/PB

15 DEZ. 2017

TRATAMENTO:

Fratura de opn à TC da face. Sem alteração à TC do crânio, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da BucoMaxiloFacial, Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 25/04/17

DATA DA EMISSÃO: 11/08/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CRM/PE/2516
CRM

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

 **COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **105.433.004-20**

Nome: **PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO**

Data Nascimento: **22/07/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **10/03/2010**

Dígito Verificador: **00**

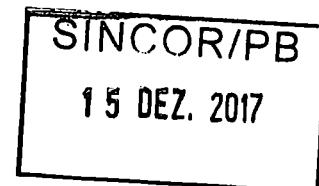
Comprovante emitido às: **10:39:37** do dia **15/09/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A0A2.6393.437A.82A7**



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta





SINCOR/PB
15 DEZ. 2017



DUT
00071

SINCC.
15 DEZ. 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

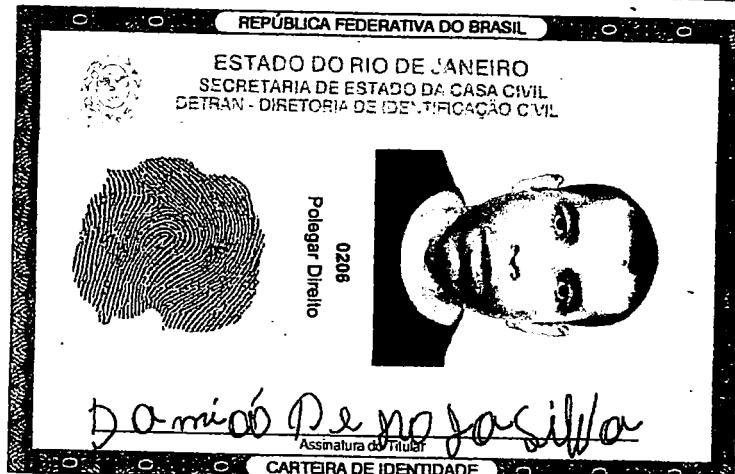
DETRAN-PB
ACERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CÓD. RENAVAM: 00482002786
Nº 013221965299
C. VIA: 1
R. E: 00482002786-00/00000000 2017
NOME: DAMIAO PEDRO DA SILVA
CPF/CNPJ: 06685341416
PLACA: LQV4239/PB
4 - PLACA ANT. Nº: LQV4239 RJ 9C2KC1680CR450559
ESPECIE/VEÍCULO: PAS/MOTOCICLE/NAO APPLICA
MARCAS/ MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI
COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL
ANO FAB.: 2012 ANO MOD.: 2012
COTA ÚNICA: 2 P/149 /CI
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: PRETA
VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000
VENC. / COTAS: 2^o
3^o
I
P
V
A
FAIXA I.P.V.A.: *****
PARCELAMENTO / COTAS: 0
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): *****
IOF (R\$): *****
PRÉMIO TOTAL (R\$): SEGURO P A G O 10/08/2017
DATA DE PAGAMENTO: 10/08/2017
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO
SAPE-PB LOCAL: 32280
DATA: 11/08/2017
1387
EXCLUSIVO DE PROPRIEDADE - DETRAN-PB
CONTRAN
DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221965299 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 11/08/2017
PLACA: LQV4239/PB
VIA: 1 CPF/CNPJ: 06685341416
RENAVAM: 00482002786 MARCA/ MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI
Nº CHASSI: 9C2KC1680CR450559
ANO FAB.: 2012 CAL/ARTE: 9
COTA ÚNICA: 2 P/149 /CI
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: PRETA
VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000
VENC. / COTAS: 2^o
3^o
FNS (R\$): *****
DENATRAN (R\$): *****
CUSTO DO BILHETE (R\$): *****
IOF (R\$): SEGURO
COTA ÚNICA: PAGAMENTO
PARCELADO
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$): PAGO
DATA: 10/08/2017
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
13870-1354147-20170811
JAN/2017



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **29.930.514-4** DATA DE EXPEDIÇÃO **15/04/2015**

NOME **DAMIÃO PEDRO DA SILVA**

FILIAÇÃO **FRANCISCO PEDRO DA SILVA**

MARIA DAS GRAÇAS IZIDRO DA SILVA

NATURALIDADE **PARAÍBA** DATA DE NASCIMENTO **18/06/1987**

CCC. ORIGEM **C. CASM LIV 00019BA FLS 169 TERM 0006238**

MAMANGUAPE **PB**

CPF **066.853.414-16** *78-3*
001 2 Via

JOSE CARLOS DOS SANTOS ARAUJO
PRESIDENTE DO DETRAN-RJ
ID 05340825

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

0206

SINCOR/PB
15 DEZ. 2017