

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

Carta nº 12178151



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 LÍDER 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

Carta nº 12181441



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

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

105 433 004 - 20

Nome completo da vítima

Pedro Antonio do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Pedro Antonio do Nascimento	CPF titular da conta 105 433 004 - 20	Profissão agricultor
Endereço Sítio Lanhara	Número S/N	Complemento
Bairro Água Rural	Cidade Mamanguape	Estado Paraíba
Email	CEP 58289-000	Telefone (DDD) 99 135 6710

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0044

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

73 905

(Informar dígito se existir)

D/V

9

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

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.

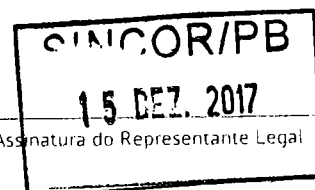
J. Kessoca 23 de Outubro de 2017

Local e Data

Pedro Antonio do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





COR/PB
15 DEZ. 2017

SINCOR/PB
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 Investigação, 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 Inhaú, Nº s/nº, complemento sítio, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo a Manmanguape, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-6710.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Inhaú, nº s/nº, Sítio, Próximo 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**.

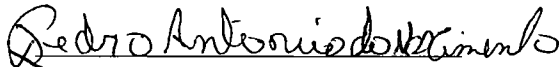
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

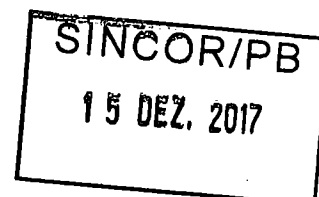
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR PRETA ANO 2012, DE PLACA LQV-4239-PB, CHASSI Nº 9C2KC1680CR450559, EM NOME DE DAMIAO PEDRO DA SILVA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


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 interdita 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 de 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 conclusão da perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



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, S/N - AREA RURAL
CUTE DE MAMANGUAPE/PB CEP: 58280000 (AG: 14)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 15 - 258 - 871 - 3240
Nº medidor: 00000503531

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº001 153.902
Código para Débito Automático: 00011427762

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

24/05/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

88826571453

Insc. Est.

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	91
Fev/17	78
Jan/17	79
Dez/16	84
Nov/16	80
Out/16	73
Set/16	75
Ago/16	68
Jul/16	73
Jun/16	68
Mai/16	66
Abr/16	66

Média dos últimos meses

17

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data	Leitura	Data	Leitura		
24/03/17	10825	25/04/17	10711	1	32

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,13811	4,08
Consumo - 31 a 100kWh-BR	58	0,23334	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 -18,82

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	53,38	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

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

Indicadores de Qualidade 2/2017 - Seté

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 12,35	9,50	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 24,71		CONTRATADA 202
DIC ANUAL 48,42	3,00	LIMITE INFERIOR 231
FIC MENSAL 7,82		
FIC TRIMESTRAL 15,64		
FIC ANUAL 31,28	4,97	
ONIC 8,78		
DICRI 18,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	8,53	18,95
Compra de Energia	8,81	25,57
Serviço de Transmissão	0,45	1,31
Encargos Setoriais	2,57	7,48
Impostos Diretos e Encargos	18,08	46,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,45	100,00

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

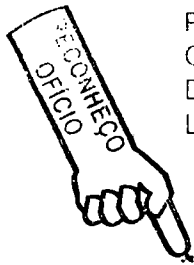
15 DEZ. 2017

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Damião Pedro da Silva,
RG nº 29-930.514-4 data de expedição 16/04/2016
Órgão DETRAN-RJ portador do CPF nº 066-853-414-16, com
domicílio na cidade de CUITÉ DE MME-PB no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO PAULO, M. CUITÉ DE MME
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 Antonio do Nascimento cujo o condutor era

Veículo: motorcycle
Modelo: Honda CG 150 FOR
Ano: 2012
Placa: LQU 4239
Chassi: 9C2KC1680CR450559
Data do Acidente: 09/04/17
Local e Data: garagem 19/09/17



Damião Pedro da Silva
Assinatura do Declarante)



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante 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-fê. 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 FARPEN R\$ 0,08 MP R\$ 0,17 FEPJ R\$ 0,20

1º OFÍCIO DE NOTAS
Mª Anurilda R. de Bulhões
Tribunaria Pública
Sub. Adauto R. de Bulhões
Cuité de Mamanguape-PB

Adauto Rodrigues de Bulhões
Oficial do Registro Civil
Substituto



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCE
DIREÇÃO TÉCNICA



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

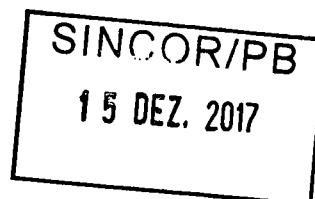
BOLETIM DE ENTRADA N.º 992.788
Nº PRONTUARIO 101.378
DATA DO ATENDIMENTO 09/04/17
HORA DO ATENDIMENTO 02:22
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE OPN (OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ) +
TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 S 02.2 + T 07

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, sufusões periorbitais bilateral 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



TRATAMENTO:

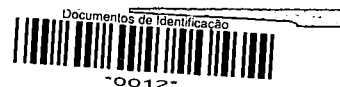
Fratura de opn à TC da face. Sem alteração à TC do crânio, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da BucoMaxiloFacial, Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 25/04/17
DATA DA EMISSÃO: 11/08/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO C. B. B. E. T. S. H.
CRM 2516

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

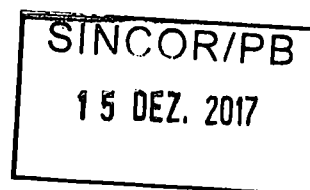
**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

085

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.854.243	DATA DE EXPEDIÇÃO	06/05/2010
NOME	PELRO ANTONIO DO NASCIMENTO		
FILIAÇÃO	ANTONIO ARNOR DO NASCIMENTO MARIA DA PENHA DOS SANTOS		
NATURALIDADE	MAMANGUAPE-PB	DATA DE NASCIMENTO	22/07/1992
DOC ORIGEM	NASC.N.5579 FLS.429 LIV.A6 CARTORIO MAMANGUAPE-PB		
CPF	João Pessoa - PB		
ASSINATURA DO DIRETOR		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



SINCC
15 DEZ. 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013221965299
CÓD. RENAVAM 20170000309168
VIA 1 00482002786-00/00000000 2017

NOME
DAMIAO PEDRO DA SILVA

CPF / CNPJ 06685341416
PLACA LQV4239/PB

PLACA ANT. RJ 9C2KC1680CR450559
CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI
ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI
CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA
COTA ÚNICA 00/00/0000

FAIXA I.P.V.A. 0
PARCELAMENTO / COTAS 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****
IOF (R\$) *****
PRÊMIO TOTAL (R\$) *****
DATA DE PAGAMENTO 10/08/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SAPE-PB LOCAL
DATA 11/08/2017
32280
Amil
Assessoria Veicular e Sinistros
Exatidão e Comprometimento - DETRAN/PB

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

VIA 1 CPF / CNPJ 06685341416 PLACA LQV4239/PB

RENAVAM 00482002786 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2012 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC1680CR450559

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****
DENATRAN (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
IOF (R\$) *****
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) *****

PAGAMENTO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04


13870-1354147-20170811

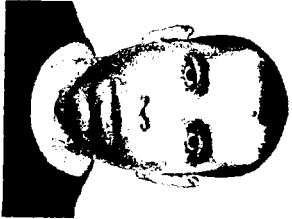
CONTRAN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

 Polegar Direito 0206



Damião Pedro da Silva
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

DCC. ORIGEM C. CASM LIV 00019BA FLS 169 TERM 0006238

MAMANGUAPE PB

CPF 066.853.414-16 001 2 Via

7.116
JOSE CARLOS DOS SANTOS ARAUJO
PRESIDENTE DO DETRAN-RJ
ID 05546885

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

0206

SINCOR/PB
15 DEZ. 2017