

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180334218**
Vitima: **AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **28/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180334218**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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 13137168



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180334218**

Vitima: **AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **28/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180334218**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 deve 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 ASI

CPF da vítima

132.853.927-03

Nome completo da vítima

Augusto Inguereiro dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Augusto Inguereiro dos Santos		CPF titular da conta 132.853.927-03	Profissão Segurante
Endereço Rua General Góes		Número 546	Complemento
Bairro Monte Castelo	Cidade Campina Grande	Estado PB	CEP 58404-000
Email maio Bruno adu@gmail.com		Telefone (DDD) 83 33341239	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> Banco do Brasil 001	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 1634 9	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 37185 8	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

C. Grande, 13 de julho de 2018
Local e Data

Augusto Inguereiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE Ocorrência

Nº00172.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 28/10/2017

Hora: 13:58:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Sítio Gravatá dos Trigueiros, [Indeterminado], Queimadas, PB.

Ponto de referência: Perto das Piscinas de Mário

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Augusto Trigueiro dos Ramos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Francieleide Trigueiro dos Santos e Não Declarado

Idade: 27

Data de Nascimento: 08/05/1991

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Ensino médio completo

Profissão: Segurança

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 132.853.927-03

Endereço: Rua Gonçalves Dias, 596, Monte Castelo, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Pé de Tambor

Telefone: (83) 98704-1422

TESTEMUNHA

Nome: Jair de Araújo Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Josefa Alexandrina da Silva e João de Araújo Silva

Idade: 40

Data de Nascimento: 07/07/1977

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Ensino fundamental completo

Profissão: Agricultor

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

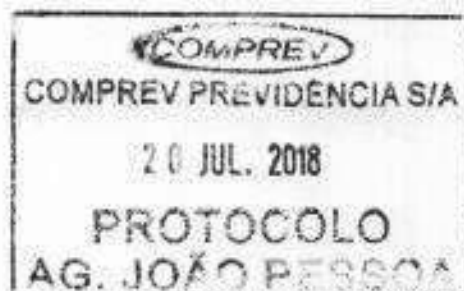
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 007.559.804-33

Endereço: Sítio Gravatá, [Indeterminado], Queimadas, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto das Piscinas de Mário

Telefone: Não informado



Procedimento Policial: 00172.01.2018.2.00.420



TESTEMUNHA

Nome: Giovane de Souza Costa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ana Lúcia de Souza Costa e Gilberto Pereira da Costa
Idade: 21 **Data de Nascimento:** 12/11/1996 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Itabaiana
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Autônomo
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº null
Endereço: Rua Horácio de Souza Cavalcante, 389, Monte Castelo, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Igreja Católica
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 Titan MIXES, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2010, placa NPX-2558, chassi 9C2KC1620AR048481, renavam 0022777698-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN MIXES, Ano/Modelo 2010/2010, cor vermelha, Placa NPX-2558-PB, Chassi de Nº 9C2KC1620AR048481, licenciada em nome de Alex Júnior da Silva, quando trafegava no Sítio Gravatá dos Trigueiros, Município de Queimadas/PB, momento em que um animal (Cachorro), atravessou na via, tendo o comunicante tentado se desviar do mesmo, tendo perdido o controle de direção da moto, vindo a cair ao solo e sofrido fratura da Clavícula do lado direito, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

ADENDOS:

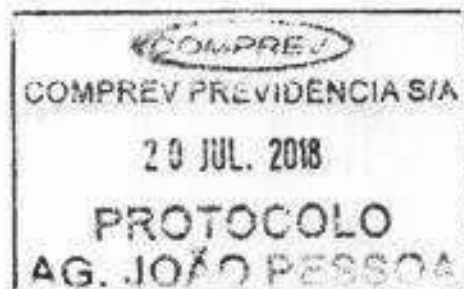
Usuário: Ademir da Costa Vilar

Data e Hora: 11/06/2018 09:07

Delegacia: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

Descrição: Por erro de digitação, no presente Boletim onde se ler o nome da vítima Augusto Trigueiro dos Ramos, LEIA-SE AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS. O referido é verdade e dou fé, dato e assino.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA




**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

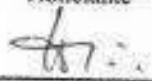


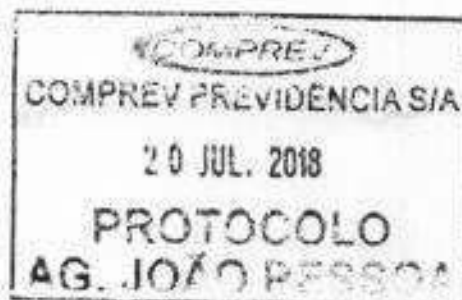
Campina Grande/PB, 06 de junho de 2018,


SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil


AUGUSTO TRIGUEIRO DOS RAMOS

Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



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 <i>Augusto Tinguineiro dos Santos</i>	CPF da Vítima <i>132.853.927-03</i>	Data do Acidente <i>28/10/2017</i>
--	--	---------------------------------------

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 renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPRESSE
COMPRESSO PREVIDENCIÁRIO
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

C. Guomil *13* de *julho* de *2018*
Local e Data

Augusto Tinguineiro dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

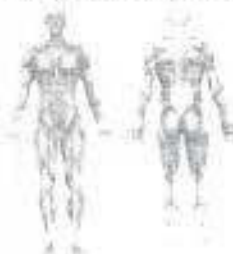
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

28/07/2017

GOVERNO DA PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (R.E) Nº 1532374 CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CHU
Av. Mal. Pedroso Pinheiro, 5706 - Alto da Boa Vista - Curitiba - PR, CEP 81212-8
Paciente de Emergência (R.E) - Admissão 07
Paciente: AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS
CPF: 58430000000
Data de Nascimento: 28/07/1977
Sexo: M
Estado Civil: Solteiro
Profissão: Motorista
Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3333-1234
Data de Admissão: 28/07/2017
Hora: 11:00
Módulo: 01

DIAGNÓSTICO DO TRAUMA
1. DE ACORDO COM O MÉDICO RESPONSÁVEL



- 1. Lesão da cabeça
- 2. Lesão do pescoço
- 3. Lesão do tórax
- 4. Lesão do abdômen
- 5. Lesão do membro superior direito
- 6. Lesão do membro superior esquerdo
- 7. Lesão do membro inferior direito
- 8. Lesão do membro inferior esquerdo
- 9. Lesão da coluna cervical
- 10. Lesão da coluna torácica
- 11. Lesão da coluna lombar
- 12. Lesão da pelve
- 13. Lesão do fêmur
- 14. Lesão do úmero
 rádio - 02
- 15. Lesão do rádio
 cúbito - 02
- 16. Lesão do cotovelo
- 17. Lesão do antebraço
- 18. Lesão do punho
- 19. Lesão da mão
- 20. Lesão do dedo
- 21. Lesão do pé
- 22. Lesão do tornozelo
- 23. Lesão do tornozelo
- 24. Lesão do tornozelo
- 25. Lesão do tornozelo
- 26. Lesão do tornozelo
- 27. Lesão do tornozelo
- 28. Lesão do tornozelo
- 29. Lesão do tornozelo
- 30. Lesão do tornozelo
- 31. Lesão do tornozelo
- 32. Lesão do tornozelo
- 33. Lesão do tornozelo
- 34. Lesão do tornozelo
- 35. Lesão do tornozelo
- 36. Lesão do tornozelo
- 37. Lesão do tornozelo
- 38. Lesão do tornozelo
- 39. Lesão do tornozelo
- 40. Lesão do tornozelo
- 41. Lesão do tornozelo
- 42. Lesão do tornozelo
- 43. Lesão do tornozelo
- 44. Lesão do tornozelo
- 45. Lesão do tornozelo
- 46. Lesão do tornozelo
- 47. Lesão do tornozelo
- 48. Lesão do tornozelo
- 49. Lesão do tornozelo
- 50. Lesão do tornozelo
- 51. Lesão do tornozelo
- 52. Lesão do tornozelo
- 53. Lesão do tornozelo
- 54. Lesão do tornozelo
- 55. Lesão do tornozelo
- 56. Lesão do tornozelo
- 57. Lesão do tornozelo
- 58. Lesão do tornozelo
- 59. Lesão do tornozelo
- 60. Lesão do tornozelo
- 61. Lesão do tornozelo
- 62. Lesão do tornozelo
- 63. Lesão do tornozelo
- 64. Lesão do tornozelo
- 65. Lesão do tornozelo
- 66. Lesão do tornozelo
- 67. Lesão do tornozelo
- 68. Lesão do tornozelo
- 69. Lesão do tornozelo
- 70. Lesão do tornozelo
- 71. Lesão do tornozelo
- 72. Lesão do tornozelo
- 73. Lesão do tornozelo
- 74. Lesão do tornozelo
- 75. Lesão do tornozelo
- 76. Lesão do tornozelo
- 77. Lesão do tornozelo
- 78. Lesão do tornozelo
- 79. Lesão do tornozelo
- 80. Lesão do tornozelo
- 81. Lesão do tornozelo
- 82. Lesão do tornozelo
- 83. Lesão do tornozelo
- 84. Lesão do tornozelo
- 85. Lesão do tornozelo
- 86. Lesão do tornozelo
- 87. Lesão do tornozelo
- 88. Lesão do tornozelo
- 89. Lesão do tornozelo
- 90. Lesão do tornozelo
- 91. Lesão do tornozelo
- 92. Lesão do tornozelo
- 93. Lesão do tornozelo
- 94. Lesão do tornozelo
- 95. Lesão do tornozelo
- 96. Lesão do tornozelo
- 97. Lesão do tornozelo
- 98. Lesão do tornozelo
- 99. Lesão do tornozelo
- 100. Lesão do tornozelo

005

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 1% Grau I 1º Grau 1º Grau 1º Grau

1. DE ACORDO COM O MÉDICO RESPONSÁVEL

EXAME FÍSICO - DADOS CLÍNICOS

GOVERNO DA PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
REQUISIÇÃO DE EXAME
NOME: AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS
PRONTUÁRIO: 1532374
DADOS: F B P A PESO: ALTURA: CLÍNICA: ENF: LITO
MATERIAL A EXAMINAR: Raio X do tórax AP (D) (L) (P) (P)
EXAMES SOLICITADOS: Raio X do tórax AP (D) (L) (P) (P)
URGÊNCIA: ☐ ROTINA: ☐
DATA: 28/07/2017 HORA DA SOLICITAÇÃO: 11:00
Carimbo e Assinatura do Médico

2. Assinatura do Médico
3. Assinatura do Médico
4. Assinatura do Médico
5. Assinatura do Médico
6. Assinatura do Médico

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MARIA ZILDA BRITO NOBREGA
RUA DONALDUS D'AS 389 - MONTE CASTELO
CAMPINA GRANDE / PB CEP 59444-332 (A.D. 431)

Emissão: 08/11/2017 Referência: Nov/2017
Cidade: Campina Grande - PB CEP: 59444-332
Roteiro: 3-401-210-4782 34 medidor: 3030803722

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 07.228.546/0001-95 Ins. Est. 10.035.828-1

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº100330208
Cód. para Dig. Autenticação: 8060041193

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAN
Nov/2017 08/11/2017 07/12/2017 50460200410

UC (Unidade Consumidora): 4/47119-3

Canal de contato

• CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL
• CADASTRO BIOMÉTRICO
• A CRIAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA
• O TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DA PARABÁ ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO, PRODUÇÃO DE CARTÃO ELEITORAL
MÁS PROXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/10/17	8717	08/11/17	8925	27
Demonstrativo				
Quantidade Tarifada Valor da Tarifa Valor da Tarifa Valor da Tarifa Valor da Tarifa				
Tarifa de Energia Valor da Tarifa Valor da Tarifa Valor da Tarifa Valor da Tarifa				
0801 Consumo em kWh	19.000	0.004000	73.83	19.000
0801 Rato B. / Variável	0.02	0.02	0.02	0.02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0801 CONTRA EMPLACAMENTO	0.00	0.00	0.00	0.00
0802 CUSTO DE RELOCAÇÃO NORMAL 102517	7.42	0.00	0.00	0.00
0804 JUROS DE MORA 09/2017	1.85	0.00	0.00	0.00
0804 JUROS DE MORA 10/2017	0.74	0.00	0.00	0.00
0804 JUROS DE MORA 11/2017	0.02	0.00	0.00	0.00
0805 MULTA 09/2017	1.85	0.00	0.00	0.00
0805 MULTA 10/2017	1.44	0.00	0.00	0.00
0805 MULTA 11/2017	1.27	0.00	0.00	0.00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017	0.94	0.00	0.00	0.00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017	0.04	0.00	0.00	0.00
CC: Custo de Classificação do Serv. TOTAL				
	100.31	80.31	21.83	82.31

Média últimos meses (kWh): 28
VENCIMENTO 26/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 105,31

Histórico de Consumo (kWh)											
98	108	135	98	79	94	94	9	79	112	109	124
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

9952.0204.ecb3.ec44.sa28.0a8a.483f.a8cc

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DC TENSÃO	0.00	NOMINAL	220
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		
DC TENSÃO	10.00		

Determinação	Valor
Serviço de Dist. de Energia Elétrica	17.55
Serviço de Energia	28.40
Serviço de Transmissão	0.01
Energia Elétrica	7.00
Serviço de Dist. de Energia Elétrica	43.00
Outros Serviços	7.42
Total	105.31

ATENÇÃO: Letura confirmada. Faturas em atraso. **PROTÓCOLO** 20 JUL. 2018. **COMPREV PREVIDENCIA S/A**

BORBOREMA
Roteiro: 3-401-210-4782
Módulo: 47119-2017-11-2
VENCIMENTO 26/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 105,31
83620000001-3 05310147000-2 00471192017-5 11200401019-8

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 001.359.108

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 156 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-45 Insc. Est. 15.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA ZILDA BRITO NOBREGA
RUA GONCALVES DIAS 598
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/47119-3

REFERÊNCIA

JUL/2018

APRESENTAÇÃO

10/07/2018

CONSUMO

116

VENCIMENTO

26/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,20

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

MARIA ZILDA BRITO NOBREGA

Roteiro: 03-401-210-4780

83800000001-5 10200147000-8 00471192018-3 07800401019-1

VENCIMENTO

26/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,20

MATRÍCULA

47119-2018-07-8



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 IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Maíra Bruno Sarmento inscrito (a) no CPF 030781814 / 06,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Augusto Trigueiro dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 132855912 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura Danos Múltiplos da Vítima
Augusto Trigueiro dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 132855912 / 03, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço	<u>Rua Dinameneo Shur Carrio</u>		Número	<u>800</u>	Complemento	<u>B</u>	
Bairro	<u>Dinameneo</u>	Cidade	<u>Compania Grande</u>	Estado	<u>RO</u>	CEP	<u>68100-000</u>
Email	<u>maíra.bruno.odu@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>8333341289</u>		Telefone celular (DDD)	<u>83999885048</u>

C. Grande, 13 de Julho de 2018.
Local e Data

Maíra Bruno Sarmento
Assinatura do Declarante

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

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

COMPREV PREVIDENCIA S/A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/doc/original.asp?tipo=3&codigo=29686>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Inocencio Bruno Sommer inscrito (a) no CPF 036781814 / 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Augusto Vinícius dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 132853927 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Augusto Vinícius dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 132853927 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Dinamismo Mus Casa</u>		Número <u>800</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Dinamismo</u>	Cidade <u>Compinh Gnomi</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>68100-000</u>
Email <u>inocencio.wed@igmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333741289</u>	Telefone celular (DDD) <u>8399985548</u>	

C. Gnomi de 13 de Julho de 2018
Local e Data

Inocencio Bruno Sommer
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alx Jansen de Silva,
RG nº 3.449.804, data de expedição 13/05/2006
Órgão PB, portador do CPF nº 094.301.234/6, com
domicílio na cidade de Queimadas, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antonio Jansen de Silva, nº 91N,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Augusta Traqueline da Santa cujo o condutor era
Augusta Traqueline da Santa
Veículo: MOTOCICLETA Honda 150 Titan
Modelo: 2010
Ano: 2010
Placa: PBX 2553/1PB
Chassi: 9C2KCI620 PRO48481
Data do Acidente: 28/10/2017
Local e Data: Queimadas, 15 de junho de 2018

Assinatura do Declarante

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


VITAL DO REGO
 Serviço Notarial e Registral
 Rua 14-A, 140 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP
 CEP: 05403-000 - Fone: (11) 3063-1000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de.....
 ALEX JÚNIOR DA SILVA.....
 En test da verdade. Queimadas-PR 15/06/2018 09:48
 Maria das Graças Silva - Escrevente
 [2018-004352] ENL 13 09,48 FINGERPRINT 28 FINGER 1, 5
 SEL0 DIGITAL: A0T54132-15F2
 Confira a autenticidade em <http://selodigital.tst>

VITAL DO REGO
 Serviço Notarial e Registral
 Queimadas-PR
 Maria das Graças Silva
 Escrevente

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA
FAMÍLIA NACIONAL DE DEFESA

NOME
AUGUSTO TRIGUEIRO DOS SANTOS

RGD (CPF/CPF) - OUT. EMISSÃO DE
3757661 SSP TO

CM
132.853.927-03 DATA NASCIMENTO
08/05/1991

RENDA
FRANCICLEIDE TRIGUEIRO
DOS SANTOS

RENDAÇÃO
ACU
CATAL
PDI

Nº PROTOCO
05173496313

VALIDADE
30/03/2021

1ª EMISSÃO
30/03/2011

OBSERVAÇÕES

Assinatura

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
01/04/2016

48640160189
98032376090

1169458290

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: AF144766-7036
 Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Marques do Maranhão, 33 - Centro Fone: 3341-6035
 CNPJ: 09.365.545/0001-76
 Brl. Padua Oliveira de Lucena

Certidão e dou fe com presente cópia fotostática
 é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
 Campina Grande

28 06 17

Brl. Padua Oliveira de Lucena
 Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12788720

USO OBRIGATORIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 1º da Lei nº 8.962/94)

ASSINATURA DO TABELIÃO
João Bruno Sacramento

GAB

REGISTRAÇÃO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

INACIO BRUNO SAKEMATO

CLASSICO

FRANCISCO BRUNO E SILVA

MARIA ALEXANDRA SAKEMATO

CLHO P/ADUA-28

2151933 - SSP/PB

24/10/1978

21472

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NPX2558

2017

ALEX JUNIOR DA

Imprimir Consulta

NPX2558

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: ALEX JUNIOR DA

Placa: NPX2558

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN
MIXES

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2010

Ano Modelo: 2010

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 31/10/2018

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: CAMPINA GRANDE

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 13/07/2018

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN
MIXES

2010 2010

PARTICULAR VERMELHA

31/10/2018

CAMPINA GRANDE

13/07/2018



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Augusto Trigueiros dos Santos
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Seguradora
IDENTIDADE:	3797687
ENDEREÇO:	gamaalve dia 11: 596

OUTORGADO

NOME:	Inácio Bruno Sarmiento
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Advogado OAB/PB-21472
IDENTIDADE:	2131933 CPF: 036781-814-06
ENDEREÇO:	Rua Anomimica Alas Corua - 1000 foz 02 - Campina Grande - PB

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Campina Grande, 03 de julho de 2018.

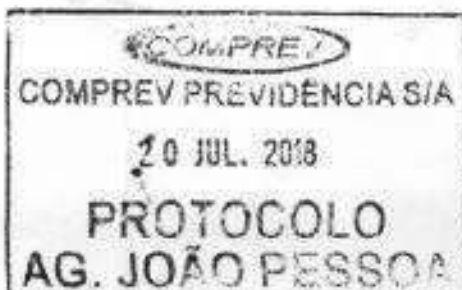
LOCAL E DATA

5º Ofício

Augusto Trigueiros dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Inácio Bruno Sarmiento
SUBSTITUTO