
Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190020440

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190020440

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190020440

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 071.966.484-55 Nome completo da vítima: Alexsandra Sanelecia da Silva

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

Nome completo: Alexsandra Sanelecia da Silva CPF: 071.966.484-55

Profissão: Gari Endereço: Rua Silvano S Ferreira Número: 363 Complemento: -

Bairro: facuma Cidade: Conde Estado: PB CEP: 58322-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 22443

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: João Pessoa, PB 08/01/2019

Nome: Alexsandra Sanelecia da Silva

CPF: 071.966.484-55

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: 08 JAN. 2019

CPF: _____

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 01575.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01575.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:53 horas do dia 17 de agosto de 2018, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Alessandra Sancelcia da Silva**, CPF nº 071.966.484-55, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Gari, filho(a) de Maria Salete da Silva e Não Declarada, natural de Recife/PE, nascido(a) em 29/09/1991 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Silvano Soares Ferreira, Nº 363, complemento JACUMÃ, bairro Centro, tendo como ponto de referência Perto da Barraca de Zé Rosa, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98710-6734.

Dados do(s) Fatos:

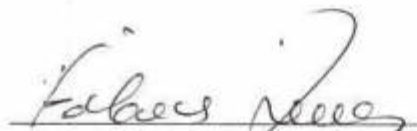
Local: Rua do Japonês, Jacumã, Perto do Restaurante Japonês, Conde/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/04/18 22:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR YBR125 K, PRETA, 2010/2010, PLACA NQD7539/PB, CHASSI 9C6KE1220A0143865, registrada em nome de RICARDO GOMES DA SILVA, quando perdeu o controle ao passar por uma lombada vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0892/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 25.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que foi socorrida por uma ambulância do Conde e levada para o Pronto Atendimento Jarbas Maribondo sendo transferida no dia seguinte para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de agosto de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ALESSANDRA SANCELSCIA DA SILVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 071.966.484-55 Nome completo da vítima: Alexandra Sanelecia da Silva

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

Nome completo: Alexandra Sanelecia da Silva CPF: 071.966.484-55

Profissão: Gari Endereço: Rua Silvano S Ferreira Número: 363 Complemento: -

Bairro: facuma Cidade: Conde Estado: PB CEP: 58322-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 22443

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: João Pessoa, PB 08/01/2019

Nome: Alexandra Sanelecia da Silva

CPF: 071.966.484-55

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: 08 JAN. 2019

CPF: _____

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA-MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-38 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 120087 Atd: Nao Regul
Data: 15/04/2018
Hora: 01:47:06
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE R
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.002109

CNS: 708207113333647 Sexo: F IDENTIDADE: 3297200 Fone: 987106734

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/09/1991 Id: 26 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 0

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA SALETE DA SILVA

Pai: ND

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987106734 / IDENTIDADE: 3297200

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO PROX A RESD

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

CORTE CONTUSO E TRAUMA EM TORNOZELO COM
SUSPEITA DE FRATURA E LESAO DE TENDAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Trauma e corte com FCC e parte por
do Colosso
Análise de lesões tendões / fraturas no joelho*

Diagnostico

[] Conduta

Sintoma simples

Prescrição

[] Horário da Medicação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

*BR 11002
BR 11000
BR 11003 2480*

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Policiano Cirino, 225 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
DISSIMULE ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

10806709

REFERÊNCIA

OUT/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA SALETE DA SILVA
RUA SILVANO S FERREIRA, 363 - JACUMÁ I CONDE PB
58322-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Edifício	
016.001.105.0080.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y09S033881	17/02/2009	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
604	617	13	29	18/11/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
SET/2018	21		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
AGO/2018	3	9	TURBIDEZ	0	0	0
JUL/2018	3	9	CLORO	0	0	0
JUN/2018	3		COL.TERMOT	0	0	0
MAI/2018	4		COR	0	0	0
ABR/2018	1		COL.TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	5	DADOS REFERENTES A: AGO/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 19/10/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:47:24

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)	10 M3	37,91
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	3 M3	14,67
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3		
ESGOTO		

PS: APLICATIVO
06-11-18
HS. 18:47.05

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 01/11/2018

Total a Pagar:

R\$ 52,58

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHÔ"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
10806709	OUT-2018	01/11/2018	R\$ 52,58

82600000000 8 52580010018 2 01080670901 9 10201890003 9

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



2025年12月15日 星期二 15:15:15
2025年12月15日 星期二 15:15:15
2025年12月15日 星期二 15:15:15

Edg. para Edg. Automática: 0001902007

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
2017/12	2074	2017/12	2074				27
Demonstrativo							
CC - Energia		Unidade: Tensão		Var. Base (R)	Var. Base (R)	Var. Base (R)	Var. Base (R)
		Unidade: Tensão		Var. Base (R)	Var. Base (R)	Var. Base (R)	Var. Base (R)
DEBT - Consumidor Var		20.000	2022327	180.48	180.48	26	45.11
DEBT - Add B Verifica				4.75	4.75	26	1.18
DEBT - Add B Amora				3.25	3.25	26	0.81
LAVAGETOS E SERVIÇOS							
DEBT - CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA				11.24	0.00	0	0.00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R\$ 198,62

	8	11	22	44	66	88	110	132	154	176	198	220
Nov-17	Dec-17	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Aug-18	Sep-18	Oct-18	Nov-18

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade			Limites de Tensão (V)		
Limites da ANEEL	Previsão Apurada	Limite de Tensão (V)	Discriminadas	Valor (R\$)	%
1. Tensão	7.50	7.50	1. Tensão	1.00	1.00
2. Qualidade	7.50	7.50	2. Qualidade	1.00	1.00
3. Segurança	7.50	7.50	3. Segurança	1.00	1.00
4. Atendimento	7.50	7.50	4. Atendimento	1.00	1.00
5. Meio Ambiente	7.50	7.50	5. Meio Ambiente	1.00	1.00
6. Outros	7.50	7.50	6. Outros	1.00	1.00
Total			Total	6.00	6.00

ATENÇÃO

ATENÇÃO

Faturas em atraso

• Letting their leaders

2. **CHALLENGE**

Autopg 12-6-221-450

5320-2022 1625495, 2022-11-24

83640000001.1 96620149000-0 16983582018.7 11400005019.4



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular SUSEP nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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, com a 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, controlar, administrar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alessandra Saneleio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.966.484 / 55 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez Alessandra Saneleio da Silva inscrita (a) no CPF sob o Nº 071.966.484 / 55 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		Número	Complemento
Rua Agente Fiscal Jose Costa Duarte		151	Sala 06
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Mangabeira	João Pessoa		58056-364
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 08 de janeiro de 2019

Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917



Alessandra Sancelcia da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.297.200 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/04/2013

NOME ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA SALETE DA SILVA

NATURALIDADE RECIFE-PE DATA DE NASCIMENTO 29/09/1991

DOC. ORIGEM NASC. N. 24809 FLS. 135 LIV. A80

CARTÓRIO MORENO-PE

071.966.484-55

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1009001575

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC IDENTIFIC / QND EMISSOR SP
1054562 SSP PB

CPF
455.536.024-91

DATA NASCIMENTO
02/04/1967

RELAÇÃO
JOSEFA GERVASIO DA
SILVA

PERMISSÃO
AUTOMOBILAR

REC
CATEGORIA
AD

Nº REGISTRO
00724153162

VALIDADEZ
10/11/2019

SP REGISTRAÇÃO
06/04/1969

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO DETENTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
11/11/2014

ASSINATURA DO EMISOR

60378988469
PB029545609

DETRAN - PB - PARNARA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

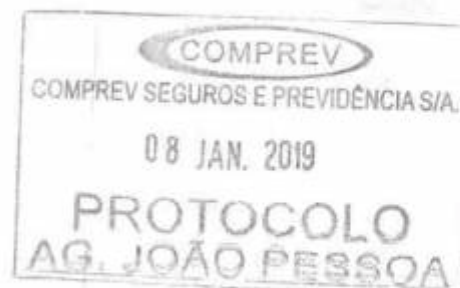
NOTA DE AVALIAÇÃO

Nº 1439

C&D Intermediação e Agenciamento em Negócios
CNPJ: 19.269.396/0001-03
Leiloeiro Oficial: Cleber Melo . Matr: 007
Endereço: Rua das Mangueiras, 182A. Intermare -
Cabecio-PB
Fone: 33 3045-9205
Email: contato@leiloespb.com.br

Leilão: DETRAN**Data: 12/06/2015****Nome/Empresa: RICARDO GOMES DA SILVA****CNPJ/CPF: 013415764-85****LE / RG: 2103541 SSP/PB****Endereço: RUA CAPITÃO IZAQUE LOPES LORDE, 222, FARM. SANTA LUCIA, JOÃO PESSOA - PB****CEP: 58080-090****Email:****Fone: (83) 98864-2079**

Lote	Descrição	Valor (R\$)	ICMS (R\$)
95	01 Motocicleta YAMAHA/FACTOR YBR125 K, Ano/modelo: 2010/2010, Combustível: GASOLINA, Cor: Preta. Placa: NQD7539. Chassi : 9C6KE1220A0143865 Renavam : 252107993	R\$ 1.600,00	R\$ 16,00

Comissão: R\$ 80,00**Total: R\$ 1.696,00**

Eu, Alessandra Sancia da Silva,
CPF: 071.966.484-55, ID 3-297-200, residente
na rua Silvano Soares Figueira, 363 - Jacumã
Materna.

Declaro para os devidos fins que esta
dirigindo a moto Yamaha / factor YBR K,
cor. preta, ano 2010, placa NG 7539 / PB
chassi 9C6KE122040143865, registrada em
nome de Ricardo Gomes da Silva, que não
o conheço e não tenho como localizá-lo, pois
adquiriti a mesma através de um leilão.

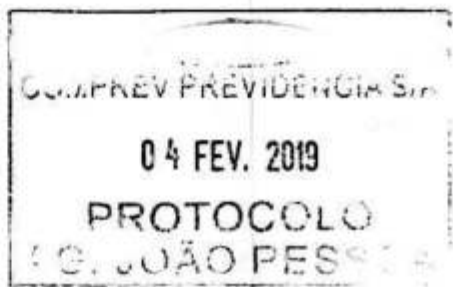
Por este motivo não tenho como localizar-lo
não sei o onde o mesmo reside e não tenho
como localizar-lo.

Vemho por meio desta solicitar que seja marcada a minha perícia médica a segunda-feira da sider mediante a documentação anexada ao processo.

Em D. 24-01-19.

For Russia, 24-01-19.

2 ACCESS ANDRA SANGUEIA VA EIVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020440 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO
TRAUMA CORTO CONTUSO DE CALCÂNEO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LIMPEZA E ENXERTO DE PELE) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020440 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO
TRAUMA CORTO CONTUSO DE CALCÂNEO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LIMPEZA E ENXERTO DE PELE) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

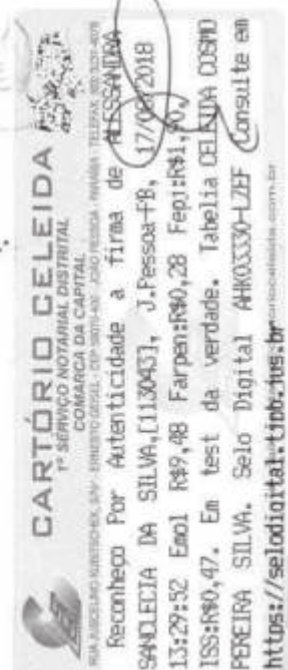
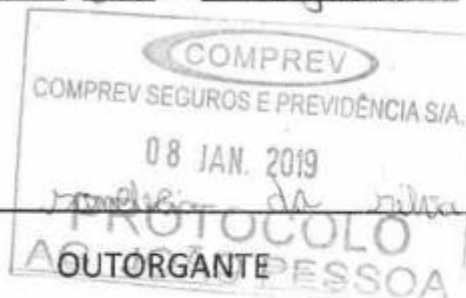
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Alexsandro Sancelcius da Silva
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Gari, CI RG nº 3.297.200
CPF/MF nº 071.966.484-55 residente e domiciliado(a) à Rua
Silvino S. Ferreira, 363
Cidade de Camde, Estado
Paraíba, CEP: 58322-000, telefone
98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 17 de agosto de 2018.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008396/19

Número do Sinistro: 3190020440

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

CPF: 071.966.484-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2018

Titular do CPF: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008396/19

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

CPF: 071.966.484-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2018

Titular do CPF: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA : 071.966.484-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA