Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543103 **Vítima: PAULO ROBERTO DE LIMA**

Data do Acidente: 22/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO ROBERTO DE LIMA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543103 **Vítima: PAULO ROBERTO DE LIMA**

Data do Acidente: 22/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO ROBERTO DE LIMA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543103 **Vítima: PAULO ROBERTO DE LIMA**

Data do Acidente: 22/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO ROBERTO DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:	Nome completo da vítima:
03264316/19	034.726.914-54	Paulo Roberto de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Paulo Roberto de Lima — CPF: 034.726.914-54

Profissão: Agricultor — Endereço: Sao Pedro — Número: S/N — Complemento:

Bairro: Centro — Cidade: Marajó de Centro — Estado: PA — CEP: 582.50.000

E-mail: — Tel.(DDD): (93) 99392 9029

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

RENDA MENSAL:

- ☐ RECUSO INFORMAR
- ☐ SEM RENDA
- ☒ ATÉ R$1.000,00
- ☐ R$1.001,00 ATÉ 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

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)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0793 5 (Informar o dígito se existir) CONTA: 0665255 7 (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

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

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: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Sao Pedro 20-09-2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Paulo Roberto de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 20 SET 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
1ª Superintendência Regional de Polícia
7ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Lagoa de Dentro

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 105/2018

Aos SEIS dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 13h:35min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

PAULO ROBERTO DE LIMA, conhecido por PAULO, Identidade nº 2.527.587-SSP/PB, CPF nº 034.726.814-54, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: agricultor(a), filho(a) de Cicera Roberto de Lima, natural de Serra da Raiz/PB, nascido(a) em 17/08/1979, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Pedro nº S;N, bairro Novo - Lagoa De Dentro/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Lagoa De Dentro/PB, fone(s) para contato: (83)- 99301-8119.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
2) DATA DO FATO: 22 de 10 de 2018;
3) HORÁRIO: 18h:30min;
4) LOCAL: Sítio Canto de Pedra nº , bairro zona rural - Lagoa De Dentro/PB;
5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira - PB;
6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM, Nº DE REGISTRO 0407544808, válida: 11/01/2022, categoria B;
8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 125 TITAN KS, ano fab:2002, ano mod:2002, cor pred: vermelha, comb: gasolina, placa: MMZ8602/PB, em nome de Maria Santos da Silva.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO INFORMARDO.

8) BREVE RESUMO DO FATO:

Que no dia 22/10/2018 vinha nas proximidades do Sítio Canto de Pedra, zona rural de Lagoa de Dentro - PB com direção a cidade de Lagoa de Dentro e se deparou com uma vaca na pista que bateu no animal e caiu; Que foi socorrido por populares e foi levado ao Hospital Distrital Frei Damião, na cidade de Lagoa de Dentro; Que o Hospital encaminhou para o Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira - PB; Que o pronto Socorro de Fraturas encaminhou para o Orto Trauma Mangabeira; Que devido a forte dores e pelo Hospital demorar para fazer a Cirurgia procurou atendimento na Central Fraturas, conforme Laudo Médico assinado pelo Dr. Antonio da Silva R. Neto, CRM 878, com diagnóstico de fratura dos 5º, 4º e 3º dedos da mão direita.

9) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

PAULO ROBERTO DE LIMA IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR POR FRATURA
Comunicante

APC

LIFE ASS... 28 SET. 2019 CORRETORA DE SEGUROS

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:	Nome completo da vítima:
03264316/19	034.726.914-54	Paulo Roberto de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Paulo Roberto de Lima — CPF: 034.726.914-54

Profissão: Agricultor — Endereço: Sao Pedro — Número: S/N — Complemento:

Bairro: Centro — Cidade: Marajó de Centro — Estado: PA — CEP: 582.50.000

E-mail: — Tel.(DDD): (93) 99392 9029

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

RENDA MENSAL:

- ☐ RECUSO INFORMAR
- ☐ SEM RENDA
- ☒ ATÉ R$1.000,00
- ☐ R$1.001,00 ATÉ 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

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)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0793 5 (Informar o dígito se existir) CONTA: 0665255 7 (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

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

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: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Sao Pedro 20-09-2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Paulo Roberto de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 20 SET 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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

PAULO ROBERTO DE LIMA
RUA SAO PEDRO, S/N - NOVO
LAGOA DE DENTRO / PB CEP: 58290000 (AG: 22)

energisa

Ligação: MONOFÁSICO
Cl/Sbcl: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 10 - 31 - 200 - 2060 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00009365343 Emissão: 18/03/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Centro Resende - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc Est: 16.016.920-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 021.962.453
Cód. para Déb. Automático: 000150130 48

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2019	18/03/2019	16/04/2019	034.726.814-64

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/1501304-8

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
15/02/19	3048	18/03/19	3128	1	83	31

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Preço Unit.(R$)	Valor Total(R$)	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc. Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,0700%)	Cofins(R$) (4,9300%)
0601	Consumo em kWh	83,000	0,829040	68,77	58,77	25	17,19	68,77	0,73	3,39
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0904	JUROS DE MORA 02/2019			0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	MULTA 02/2019			1,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CO: Código de Classificação do Item Tarifa/ Tributos		TOTAL	2,571770	70,77	58,77		17,19	68,77	0,73	3,39

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70	25/03/2019	R$ 70,77

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo
Mar/18	54
Abr/18	62
Mai/18	67
Jun/18	63
Jul/18	51
Ago/18	55
Set/18	62
Out/18	70
Nov/18	87
Dez/18	73
Jan/19	110
Fev/19	71

RESERVADO AO FISCO

db11.816c.64fe.79bf.1ed7.6fa7.2ca4.0687.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	8,87	0,00		
DIC TRIMESTRAL	19,61			
DIC ANUAL	24,43		NOMINAL	220
FIC MENSAL	5,49	0,00		
FIC TRIMESTRAL	8,97		CONTRATADO	
FIC ANUAL	10,85		LIMITE INFERIOR	202
DMIC	3,97	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
DICRI	12,24			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia (TE)	10,84	15,80
Compra de Energia	24,20	35,94
Serviço de Transmissão	2,62	3,73
Encargos Setoriais	3,98	5,63
Impostos Diretos e Encargos	23,31	33,53
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	70,77	100,00

Data de Emissão: 18/03/2019 Ref: 03/2019

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DÉBITOS ANTERIORES, já reavisados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento após o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Faturas em atraso

Jul/18	41,67

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Valdemir Pedro Eugenio Junior,

RG nº 3302835, data de expedição ___/___/___,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 091.593.364-89,

com domicílio na cidade de Joaquim de Almeida, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Pedra, nº SN,

complemento Novo, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Paulo Roberto de Lima, cujo o condutor era Paulo Roberto de Lima.

Veículo: Moto Modelo: POP 110i Ano: 2019

Placa: QSF 4980 Chassi: 9C2JC3010 0JR079519

Data do Acidente: 22/10/2019

Local e Data: Jacaraú 11.09.2019

Valdemir Pedro Eugenio Junior
Assinatura do Declarante

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

Cartório Dias da Cruz
Serviço Notarial e Registral
Rua Presidente João Pessoa, 474, centro, Jacaraú – PB, telefone: (83) 3295-1014 CEP: 58278-000
Reconheço, por **AUTENTICIDADE** a firma de:
VALDEMIR PEDRO EUGENIO JUNIOR xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Em test.º ( ) da verdade. Jacaraú – PB, **11.09.2019**.
Zilda Fernandes da Cruz - Escrevente Encarregada
Selo digital: **AJA21117 - G17W.**
Confira a autenticidade em **https:/ /selodigital.tjpb.jus.br.**

CentralFraturas

LIFE ASSESSORIA
26 OUT. 2018
CORRETORA DE SEGUROS

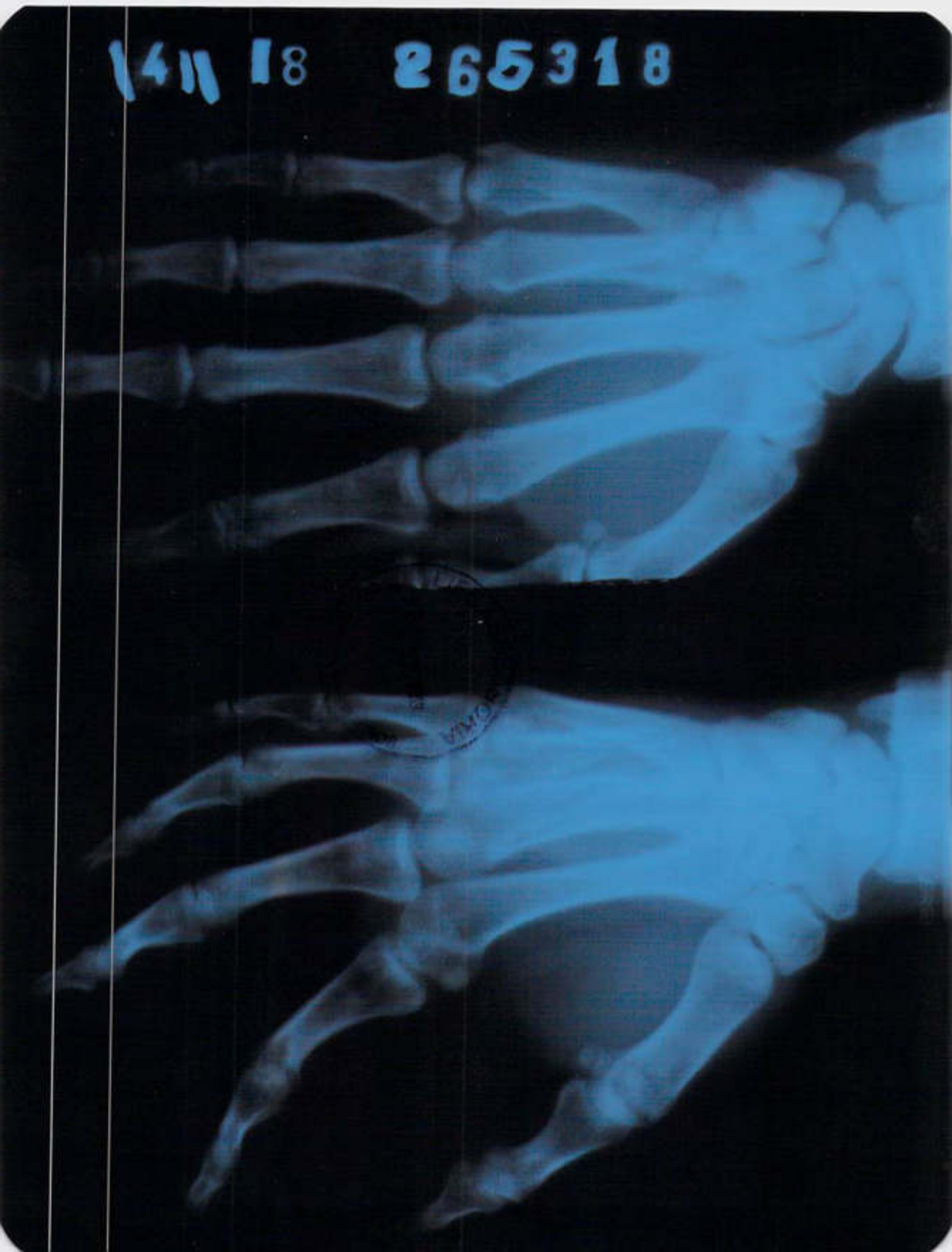
Nome: LAURA MEDICO

Informo o paciente; Paciente
possui que sua fez foi Vitimy
que acompanha que não há
10(dez) Dias. Apresenta
Fratura dos 5º e 4º dedos metacarpo
direito, afetado Impossibilitado
de exercer sua atividade profissional
pelo período provável de 02(dois)
meses a contar de 22.10.18
CID S62.4

MATRIZ
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

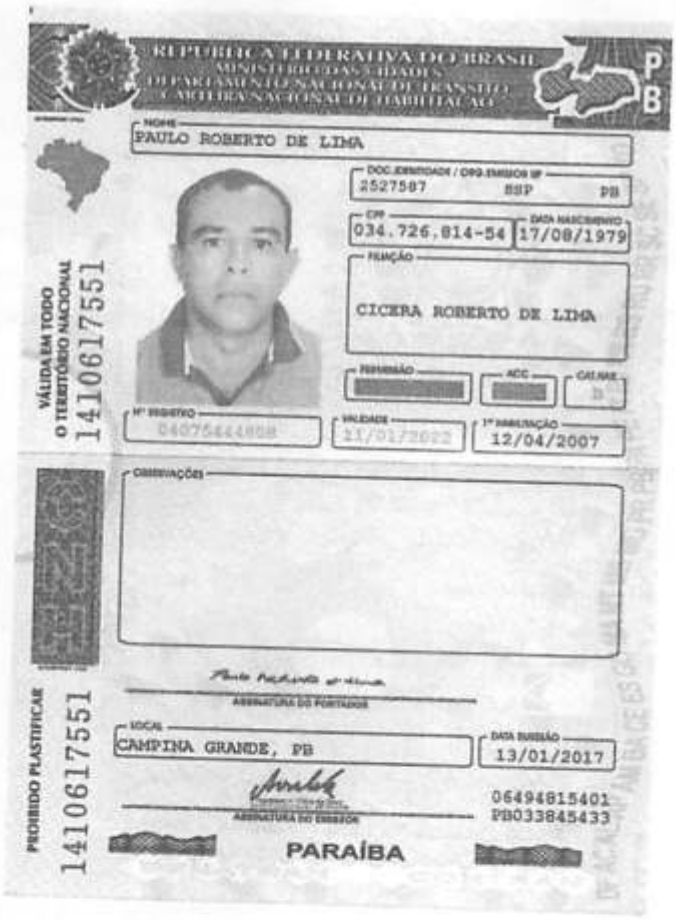
31.10.2018

Dr. Antonio da Silva R. Neto
CRM 878 - CPF 067.689.114-49
Traumatologia e Ortopedia



18 Bones 18

5811
31
D



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
PAULO ROBERTO DE LIMA

DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR/UF
2527587 SSP PB

CPF
034.726.814-54

DATA NASCIMENTO
17/08/1979

FILIAÇÃO
CICERA ROBERTO DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
D

Nº REGISTRO
04075444808

VALIDADE
11/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
12/04/2007

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
13/01/2017

06494815401
PB033845433

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410617551

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410617551

ASSESSORIA DE SEGUROS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 014082743410
PRT - 20180430021011 - 5

VIA	COD RENAVAM	ANTIGO	EXERCICIO
1	01172261694	00/00000000	2018

NOME: VALDEMIR PEDRO EUGENIO JUNIOR

CPF/CNPJ: 09159316489 — PLACA: QSF4980/PB

PLACA ANT/UF: NOVO PB — CHASSI: 9C2JB0100JR078518

ESPÉCIE/TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC — COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I — ANO FAB: 2018 — ANO MOD: 2018

CAP DIV/CIL: 2 P/109 /CI — CATEGORIA: PARTIC — COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA — COTA UNICA: IPVA PAGO EM — VENC COTA UNICA: 00/00/0000 — VENC/COTAS: 1ª 2ª 3ª
PAIXA IPVA: ****** — PARCELAMENTO/COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ****** — IOF (R$): SEGURO — PRÊMIO TOTAL (R$): PAGO — DATA DE PAGAMENTO: 21/11/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

LAGOA DE DENTRO - PB — DATA: 23/11/2018

9999999 — 40568

DENATRAN — CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014082743410 — 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

EXERCICIO	DATA EMISSÃO
2018	23/11/2018

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	09159316489	QSF4980/PB

RENAVAM	MARCA/MODELO
01172261694	HONDA/POP 110I

ANO FAB	CAT TAR	Nº CHASSI
2018	5	9C2JB0100JR078518

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

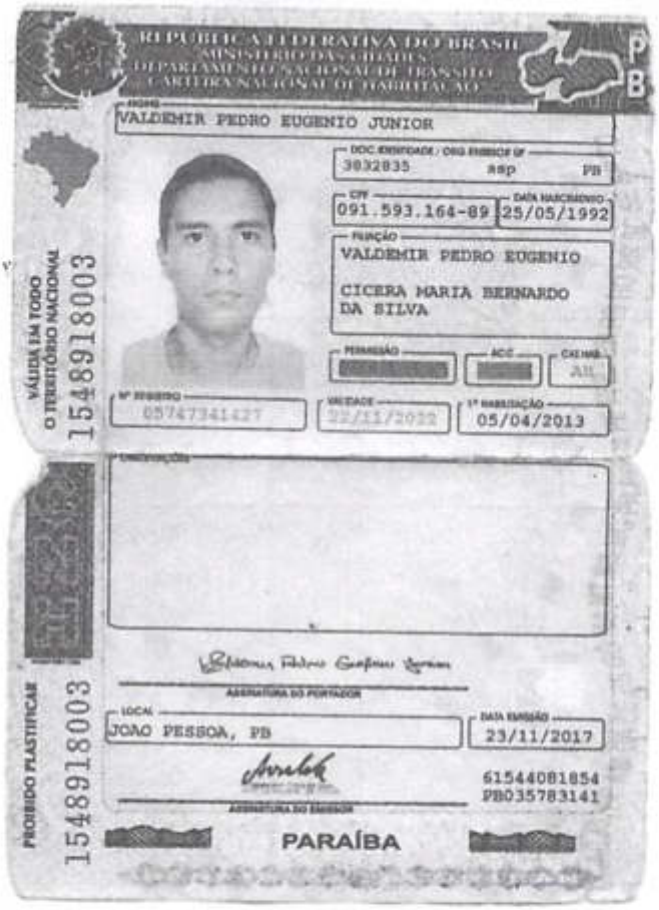
CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	PAGO

PAGAMENTO: ☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO: 21/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
40568-1502270-20181123

CONTRAN

OUT-2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME: VALDEMIR PEDRO EUGENIO JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 3832835 ssp PB

CPF: 091.593.164-89 DATA NASCIMENTO: 25/05/1992

FILIAÇÃO: VALDEMIR PEDRO EUGENIO
CICERA MARIA BERNARDO DA SILVA

PERMISSÃO: [redacted] ACC: [redacted] CAT. HAB.: AB

Nº REGISTRO: 05747341427 VALIDADE: 22/11/2022 1ª HABILITAÇÃO: 05/04/2013

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 23/11/2017

61544081854
PB035783141

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1548918003

PROIBIDO PLASTIFICAR

1548918003

documento do proprietario do veiculo

LIF - ASSESSORIA - CORRE... SEGUROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326416/19

Vítima: PAULO ROBERTO DE LIMA **Data do acidente:** 22/10/2018

CPF: 034.726.814-54 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** PAULO ROBERTO DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO ROBERTO DE LIMA : 034.726.814-54

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 20/09/2019 Nome: PAULO ROBERTO DE LIMA CPF: 034.726.814-54	Data do cadastramento: 20/09/2019 Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA CPF: 614.058.096-04
PAULO ROBERTO DE LIMA	SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA