Protocolo Nº 20230828172005694

Sua solicitação foi enviada à Porto da Folha da Comarca de PORTO DA FOLHA, às 28/08/2023 17:20:27, por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 202380001166

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem		
Número 202380001166	**Classe** Procedimento Comum Cível	**Competência** Porto da Folha
Guia Inicial 202312500750	**Situação** ANDAMENTO	**Distribuido Em:** 18/05/2023

Partes		
Tipo	**CPF**	**Nome**
Requerente	07629264577	ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	**Tipo**
1	2885115_JUNTADA_DE_DOCS_07.pdf	Petição
2	ilovepdf_merged - 2023-08-28T171550.894_compressed.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

Imprimir

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PORTO DA FOLHA/SE

Processo: 202380001166

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **ROBSON DA CONCEICAO LIMA,** em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório**,** vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PORTO DA FOLHA, 28 de agosto de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
OAB/SE 2592

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, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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, 23 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2320-5 - MONTE ALEGRE SERGIPE (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/2858-46, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Poupex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupex, doravante denominada **Poupex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: ROBSON DA CONCEICAO LIMA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 076.292.645-77 , capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de PAO DE ACUCAR AL, nascido(a) em 15/11/1995, filho(a) de ADAUTO BARBOSA DE LIMA e MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 37678558, emitido(a) em 29/10/2013, pelo(a) SSP SE , trabalhador de construcao civil, endereço residencial: POV JUREMINHA SN, AREA RURAL, PORTO DA FOLHA - SE , CEP 49.800-000 , telefone(s) (79) 99805-7606, solteiro(a), sem união estável .

DEIXAR 12,00 TODO DIA 05 NA CONTA

Dados da conta

Agência 2320-5, Conta-Corrente n.º 14.451-7, Poupança Ouro n.º 510.014.451-X, Poupança Poupex n.º 960.014.451-1, conta individual, aberta em 17.08.2020.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de *conta-corrente*.

b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer mome poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aque disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote d Serviços.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) que os saldos devedores na conta-corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o(s) Proponente(s)/Contratante(s) seja(m) titular(es) no Banco do Brasil S.A., mediante débito nas respectivas contas.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) o Banco, de forma irrevogável e irretratável e por prazo indeterminado, a debitar de quaisquer contas-correntes, contas de poupança ou aplicações financeiras, que seja(m) ou venha(m) a ser titular(es) em qualquer agência do Banco, à exceção de conta conjunta não-solidária, valores oriundos de obrigações regularmente contratadas e exigíveis, inclusive seus encargos, decorrentes da aquisição de produtos e/ou serviços disponibilizados pelo Banco.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito, estando sujeito inclusive a alterações nos limites de crédito contratados nos produtos.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito destas Cláusulas, o **Contratado** coloca a sua disposição os telefones da Central de Relacionamento do Banco do Brasil – CRBB 4004 0001 ou 0800 729 0001, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 0800 729 0722, para Deficientes Auditivos 0800 729 0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800 729 0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003 0500* ou 0800 729 0500. Caso os **Proponente(s)/Contratante(s)** considere(m) que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deverá(ão) entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800 729 5678. *Custos de ligações locais e impostos são cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara(m), sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data
MONTE ALEGRE DE SERGIPE (SE), 18/08/2020

Contratado

Diretoria de Empréstimos, Financiamentos e Crédito Imobiliário
Marcos Renato Coltri
Diretor

Proponente(s)/Contratante(s)

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Nome: ROBSON DA CONCEICAO LIMA
CPF: 076.292.645-77

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veiculo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Neviton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936969

Neviton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Atendimento

Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) o(a) responsável pelas informações acima especificadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1005: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veículo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Newton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat. 936969

Newton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Cadastramento

Adauto Barbosa de Lima
Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou civilmente responsável pelas informações acima lançadas e que me sujeito a responsabilidade civil e criminalmente pela presente declaração que me segue, conforme previsto nos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) do Código Penal Brasileiro."

Sinesp

Delegado de Polícia Civil Newton Rodrigues Dos Santos
Impresso por: Marcos Kleber Pereira da Cruz
Data de Impressão: 01/04/2020 11:36
Protocolo nº: Não disponível

PPr - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 016.292.645-77

4 - Nome completo da vítima: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

6 - CPF: 016.292.645-77

7 - Profissão: LAVRADOR

8 - Endereço: RUA IVONE MINEIRA

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL

12 - Cidade: PONTO DA FOLHA

13 - Estado: SE

14 - CEP: 49.800-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **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: BRASIL

AGÊNCIA: 2320 5 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14451 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA 10/10/2020

Robson da Conceição Lima

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
R. da Assembleia, 100 - 24º andar
Centro - Rio de Janeiro - CEP 20011-004
Tel 21 3461-4000 www.seguradoralider.com.br

À

Seguradora Líder-DPVAT

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA portador do CPF nº 076.292.645-77 e RG nº _____ declaro para os devido fins que resido no endereço a seguir:

Logradouro: (Rua/Avenida/Praça)	POV JUMEMINHA
Número:	S/N
Complemento:	CASA
Bairro:	ZONA RURAL
Cidade:	PONTO DA FOLHA
Estado:	SERGIPE.
CEP:	49 800-000

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

P. DA FOLHA, 24 de AGOSTO de 2020.
(LOCAL/DATA)

x Robson da Conceição Lima
Assinatura

[illegible] SUCURSAL DA CONSOLAÇÃO
[illegible]

energisa

[illegible] MONOFÁSICO
Classe: RES MTC 01 - RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 15-481-820-2040 Referência: Fev / 2020
Emissão: 21/02/2020 Emissão: 21/02/2020

[illegible] ENERGISA GRUPO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA SA
Rua Mx Aparecida Dias, 71 - Novo Bertioga
Aracaju/SE, CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-40 Insc.Est. 270.707.436
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica NF021 480.001
Cód. para Débito Automático: 8001039831

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2020	21/02/2020	25/03/2020	008.432.848.44

UC (Unidade Consumidora): 3/1033853-1

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/01/20	4120	21/02/20	4192	1	72	29

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa/Alíquota	Valor (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	PIS-PASEP (R$)	COFINS (R$)
0001	Consumo kWh-RR	30,000 S / 88820	0,83	0,00	0	0,00	3,60	3,06
0010	Consumo 101 a 200kWh-RR	42,000 S / 88840	0,85	0,00	0	0,00	13,49	6,13
0801	Adic. Bandeira		0,02	0,00	0	0,00	0,42	0,00
0901	Subsídio		0,54	0,00		0,00	0,54	0,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	LAE DE 12/2019		0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2019		2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0818	Devolução Subsídio		0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
	Cód. Débito Automático: 8001039831	TOTAL		20,74	0,00		18,05	9,37

Média últimos meses (kWh): 89

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
03/03/2020	R$ 20,74

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20
102	102	77	126	77	95	54	56	82	87	57	72

RESERVADO AÓ FISCO
3de9.73a4.a0c4.e1dd.b291.5297.ae72.4d6d.

Indicadores de Qualidade (Período: [illegible])

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEC ANUAL	9,56	0,00	NOMINAL	116
DEC TRIMESTRAL	2,39			
DEC MÊS	0,80			
FEC ANUAL	7,47	0,00	CONTRATADA	116
FEC TRIMESTRAL	1,87		LIMITE INFERIOR	104
FEC MÊS	0,62		LIMITE SUPERIOR	127
DIC	0,00	0,00		
FIC	0,00			
DMIC	14,00			
DICRI	14,00			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/ICMS	6,79	32,69
Compra de Energia	9,54	45,93
Serviço de Transmissão	0,66	3,19
Encargos Setoriais	1,98	9,56
Impostos Diretos e Encargos	2,60	12,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	20,74	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2019) R$ 0,47

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Jan/20	21,04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTIÇA

DETRAN - SE 000093367 Nº 6315804628

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	R.T.B.	EXERCICIO
1	897039863	000000000000	2006

NOME/ENDEREÇO
ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA
RUA LUIZ JOSE DA SILVA,186
BRASILIA
49580000 NOSSA SENHORA DA GLORIA

CPF/CGC	PLACA
694.092.675-04	JAB6608

PLACA ANT/UF	CHASSI
0028085/SE	9C2KE08507R014598

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
[illegible]	[illegible]

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES	2006	2007

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P 14CV/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
PAGO	**********	1ª **********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª **********
**********	**********	3ª **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO
********	******	PAGO	********

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA
SEM RESTRIÇÕES

NOME	DATA
NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE	17/10/2006

Valmir Feitosa Garcez
DIRETOR-PRESIDENTE

CONTRAN

BRASIL

UM PAÍS DE TODOS

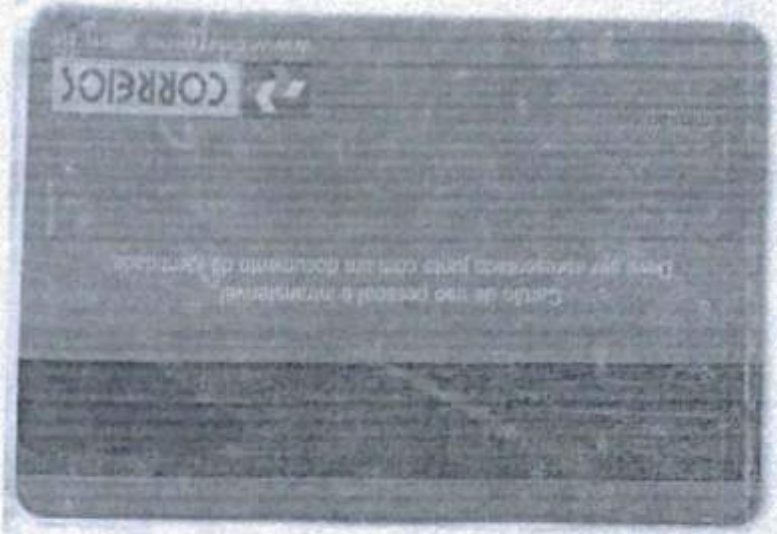
GOVERNO FEDERAL

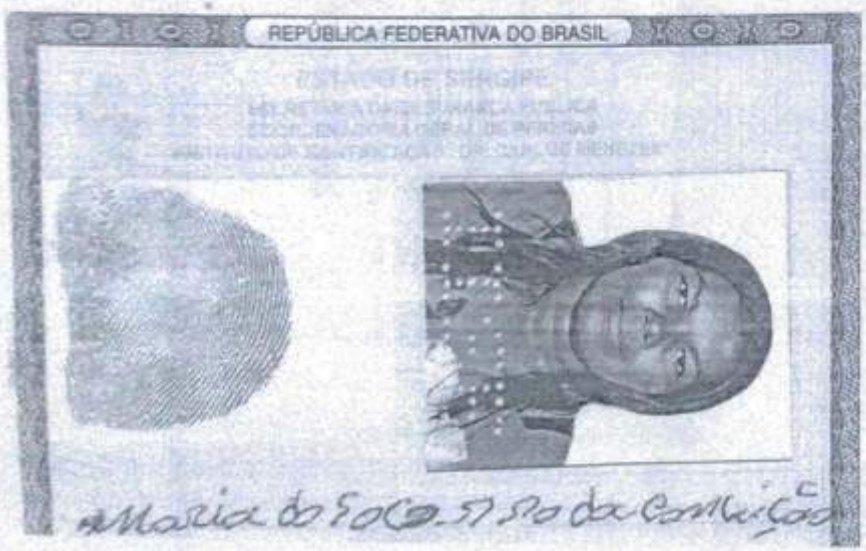
PROGRAMA

Bolsa Família

MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

16488227026 01





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Robson da Conceicao Lima : 076.292.645-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

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, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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, 23 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2320-5 - MONTE ALEGRE SERGIPE (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/2858-46, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Poupex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupex, doravante denominada **Poupex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: ROBSON DA CONCEICAO LIMA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 076.292.645-77 , capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de PAO DE ACUCAR AL, nascido(a) em 15/11/1995, filho(a) de ADAUTO BARBOSA DE LIMA e MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 37678558, emitido(a) em 29/10/2013, pelo(a) SSP SE , trabalhador de construcao civil, endereço residencial: POV JUREMINHA SN, AREA RURAL, PORTO DA FOLHA - SE , CEP 49.800-000 , telefone(s) (79) 99805-7606, solteiro(a), sem união estável .

DEIXAR 12,00 TODO DIA 05 NA CONTA

Dados da conta

Agência 2320-5, Conta-Corrente n.º 14.451-7, Poupança Ouro n.º 510.014.451-X, Poupança Poupex n.º 960.014.451-1, conta individual, aberta em 17.08.2020.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de *conta-corrente*.

b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer mome poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aque disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote d Serviços.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) que os saldos devedores na conta-corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o(s) Proponente(s)/Contratante(s) seja(m) titular(es) no Banco do Brasil S.A., mediante débito nas respectivas contas.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) o Banco, de forma irrevogável e irretratável e por prazo indeterminado, a debitar de quaisquer contas-correntes, contas de poupança ou aplicações financeiras, que seja(m) ou venha(m) a ser titular(es) em qualquer agência do Banco, à exceção de conta conjunta não-solidária, valores oriundos de obrigações regularmente contratadas e exigíveis, inclusive seus encargos, decorrentes da aquisição de produtos e/ou serviços disponibilizados pelo Banco.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito, estando sujeito inclusive a alterações nos limites de crédito contratados nos produtos.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito destas Cláusulas, o **Contratado** coloca a sua disposição os telefones da Central de Relacionamento do Banco do Brasil – CRBB 4004 0001 ou 0800 729 0001, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 0800 729 0722, para Deficientes Auditivos 0800 729 0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800 729 0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003 0500* ou 0800 729 0500. Caso os **Proponente(s)/Contratante(s)** considere(m) que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deverá(ão) entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800 729 5678. *Custos de ligações locais e impostos são cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara(m), sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data
MONTE ALEGRE DE SERGIPE (SE), 18/08/2020

Contratado

Diretoria de Empréstimos, Financiamentos e Crédito Imobiliário
Marcos Renato Coltri
Diretor

Proponente(s)/Contratante(s)

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Nome: ROBSON DA CONCEICAO LIMA
CPF: 076.292.645-77

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veiculo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Neviton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936969

Neviton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Atendimento

Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) o(a) responsável pelas informações acima especificadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1005: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veículo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Newton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat. 936969

Newton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Cadastramento

Adauto Barbosa de Lima
Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou civilmente responsável pelas informações acima lançadas e que me sujeito a responsabilidade civil e criminalmente pela presente declaração que me segue, conforme previsto nos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) do Código Penal Brasileiro."

Sinesp

Delegado de Polícia Civil Newton Rodrigues Dos Santos
Impresso por: Marcos Kleber Pereira da Cruz
Data de Impressão: 01/04/2020 11:36
Protocolo nº: Não disponível

PPr - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 016.292.645-77

4 - Nome completo da vítima: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

6 - CPF: 016.292.645-77

7 - Profissão: LAVRADOR

8 - Endereço: RUA IVONE MINEIRA

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL

12 - Cidade: PONTO DA FOLHA

13 - Estado: SE

14 - CEP: 49.800-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **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: BRASIL

AGÊNCIA: 2320 5 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14451 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA 10/10/2020

Robson da Conceição Lima

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
R. da Assembleia, 100 - 24º andar
Centro - Rio de Janeiro - CEP 20011-004
Tel 21 3461-4000 www.seguradoralider.com.br

À

Seguradora Líder-DPVAT

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA portador do CPF nº 076.292.645-77 e RG nº _____ declaro para os devido fins que resido no endereço a seguir:

Logradouro: (Rua/Avenida/Praça)	POV JUMEMINHA
Número:	S/N
Complemento:	CASA
Bairro:	ZONA RURAL
Cidade:	PONTO DA FOLHA
Estado:	SERGIPE.
CEP:	49 800-000

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

P. DA FOLHA, 24 de AGOSTO de 2020.
(LOCAL/DATA)

x Robson da Conceição Lima
Assinatura

[illegible] SUCURSAL DA CONSOLAÇÃO
[illegible]

energisa

[illegible] MONOFÁSICO
Classe: RES MTC 01 - RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 15-481-820-2040 Referência: Fev / 2020
Emissão: 21/02/2020 Emissão: 21/02/2020

[illegible] ENERGISA GRUPO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA SA
Rua Mx Aparecida Dias, 71 - Novo Bertioga
Aracaju/SE, CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-40 Insc.Est. 270.707.436
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica NF021 480.001
Cód. para Débito Automático: 8001039831

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2020	21/02/2020	25/03/2020	008.432.848.44

UC (Unidade Consumidora): 3/1033853-1

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/01/20	4120	21/02/20	4192	1	72	29

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa/Alíquota	Valor (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	PIS-PASEP (R$)	COFINS (R$)
0001	Consumo kWh-RR	30,000 S / 88820	0,83	0,00	0	0,00	3,60	3,06
0010	Consumo 101 a 200kWh-RR	42,000 S / 88840	0,85	0,00	0	0,00	13,49	6,13
0801	Adic. Bandeira		0,02	0,00	0	0,00	0,42	0,00
0901	Subsídio		0,54	0,00		0,00	0,54	0,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	LAE DE 12/2019		0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2019		2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0818	Devolução Subsídio		0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
	Cód. Débito Automático: 8001039831	TOTAL		20,74	0,00		18,05	9,37

Média últimos meses (kWh): 89

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
03/03/2020	R$ 20,74

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20
102	102	77	126	77	95	54	56	82	87	57	72

RESERVADO AÓ FISCO
3de9.73a4.a0c4.e1dd.b291.5297.ae72.4d6d.

Indicadores de Qualidade (Período: [illegible])

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEC ANUAL	9,56	0,00	NOMINAL	116
DEC TRIMESTRAL	2,39			
DEC MÊS	0,80			
FEC ANUAL	7,47	0,00	CONTRATADA	116
FEC TRIMESTRAL	1,87		LIMITE INFERIOR	104
FEC MÊS	0,62		LIMITE SUPERIOR	127
DIC	0,00	0,00		
FIC	0,00			
DMIC	14,00			
DICRI	14,00			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/ICMS	6,79	32,69
Compra de Energia	9,54	45,93
Serviço de Transmissão	0,66	3,19
Encargos Setoriais	1,98	9,56
Impostos Diretos e Encargos	2,60	12,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	20,74	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2019) R$ 0,47

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Jan/20	21,04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTIÇA

DETRAN - SE 000093367 Nº 6315804628

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	R.T.B.	EXERCICIO
1	897039863	000000000000	2006

NOME/ENDEREÇO
ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA
RUA LUIZ JOSE DA SILVA,186
BRASILIA
49580000 NOSSA SENHORA DA GLORIA

CPF/CGC	PLACA
694.092.675-04	JAB6608

PLACA ANT/UF	CHASSI
0028085/SE	9C2KE08507R014598

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
[illegible]	[illegible]

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES	2006	2007

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P 14CV/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
PAGO	**********	1ª **********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª **********
**********	**********	3ª **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO
********	******	PAGO	********

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA
SEM RESTRIÇÕES

NOME	DATA
NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE	17/10/2006

Valmir Feitosa Garcez
DIRETOR-PRESIDENTE

CONTRAN

BRASIL

UM PAÍS DE TODOS

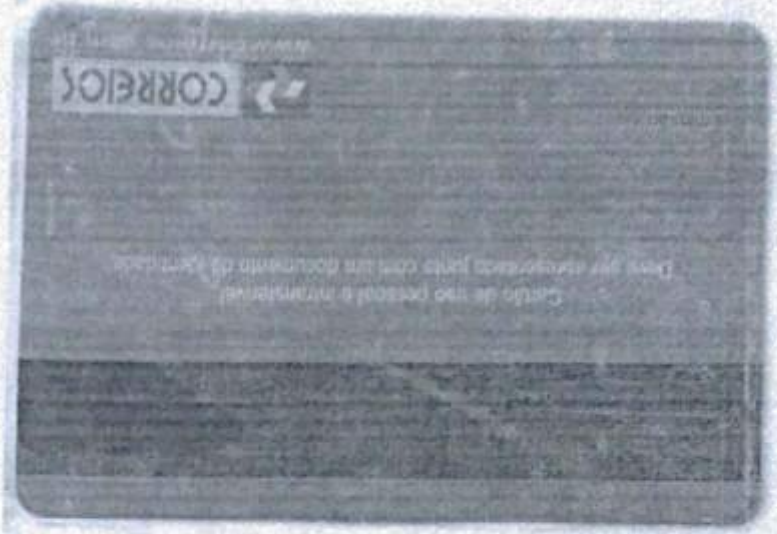
GOVERNO FEDERAL

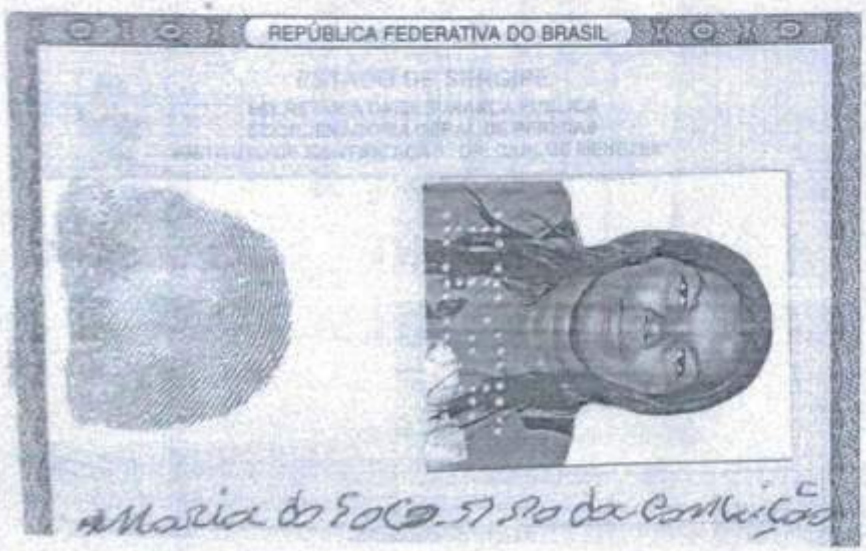
PROGRAMA

Bolsa Família

MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

16488227026 01





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Robson da Conceicao Lima : 076.292.645-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

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, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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, 23 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2320-5 - MONTE ALEGRE SERGIPE (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/2858-46, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Poupex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupex, doravante denominada **Poupex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: ROBSON DA CONCEICAO LIMA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 076.292.645-77 , capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de PAO DE ACUCAR AL, nascido(a) em 15/11/1995, filho(a) de ADAUTO BARBOSA DE LIMA e MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 37678558, emitido(a) em 29/10/2013, pelo(a) SSP SE , trabalhador de construcao civil, endereço residencial: POV JUREMINHA SN, AREA RURAL, PORTO DA FOLHA - SE , CEP 49.800-000 , telefone(s) (79) 99805-7606, solteiro(a), sem união estável .

DEIXAR 12,00 TODO DIA 05 NA CONTA

Dados da conta

Agência 2320-5, Conta-Corrente n.º 14.451-7, Poupança Ouro n.º 510.014.451-X, Poupança Poupex n.º 960.014.451-1, conta individual, aberta em 17.08.2020.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de *conta-corrente*.

b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer mome poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aque disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote d Serviços.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) que os saldos devedores na conta-corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o(s) Proponente(s)/Contratante(s) seja(m) titular(es) no Banco do Brasil S.A., mediante débito nas respectivas contas.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) o Banco, de forma irrevogável e irretratável e por prazo indeterminado, a debitar de quaisquer contas-correntes, contas de poupança ou aplicações financeiras, que seja(m) ou venha(m) a ser titular(es) em qualquer agência do Banco, à exceção de conta conjunta não-solidária, valores oriundos de obrigações regularmente contratadas e exigíveis, inclusive seus encargos, decorrentes da aquisição de produtos e/ou serviços disponibilizados pelo Banco.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito, estando sujeito inclusive a alterações nos limites de crédito contratados nos produtos.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito destas Cláusulas, o **Contratado** coloca a sua disposição os telefones da Central de Relacionamento do Banco do Brasil – CRBB 4004 0001 ou 0800 729 0001, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 0800 729 0722, para Deficientes Auditivos 0800 729 0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800 729 0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003 0500* ou 0800 729 0500. Caso os **Proponente(s)/Contratante(s)** considere(m) que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deverá(ão) entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800 729 5678. *Custos de ligações locais e impostos são cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara(m), sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data
MONTE ALEGRE DE SERGIPE (SE), 18/08/2020

Contratado

Diretoria de Empréstimos, Financiamentos e Crédito Imobiliário
Marcos Renato Coltri
Diretor

Proponente(s)/Contratante(s)

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Nome: ROBSON DA CONCEICAO LIMA
CPF: 076.292.645-77

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veiculo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Neviton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936969

Neviton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Atendimento

Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) o(a) responsável pelas informações acima especificadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1005: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veículo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Newton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat. 936969

Newton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Cadastramento

Adauto Barbosa de Lima
Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou civilmente responsável pelas informações acima lançadas e que me sujeito a responsabilidade civil e criminalmente pela presente declaração que me segue, conforme previsto nos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) do Código Penal Brasileiro."

Sinesp

Delegado de Polícia Civil Newton Rodrigues Dos Santos
Impresso por: Marcos Kleber Pereira da Cruz
Data de Impressão: 01/04/2020 11:36
Protocolo nº: Não disponível

PPr - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 016.292.645-77

4 - Nome completo da vítima: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

6 - CPF: 016.292.645-77

7 - Profissão: LAVRADOR

8 - Endereço: RUA IVONE MINEIRA

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL

12 - Cidade: PONTO DA FOLHA

13 - Estado: SE

14 - CEP: 49.800-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **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: BRASIL

AGÊNCIA: 2320 5 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14451 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA 10/10/2020

Robson da Conceição Lima

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
R. da Assembleia, 100 - 24º andar
Centro - Rio de Janeiro - CEP 20011-004
Tel 21 3461-4000 www.seguradoralider.com.br

À

Seguradora Líder-DPVAT

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA portador do CPF nº 076.292.645-77 e RG nº _____ declaro para os devido fins que resido no endereço a seguir:

Logradouro: (Rua/Avenida/Praça)	POV JUMEMINHA
Número:	S/N
Complemento:	CASA
Bairro:	ZONA RURAL
Cidade:	PONTO DA FOLHA
Estado:	SERGIPE.
CEP:	49 800-000

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

P. DA FOLHA, 24 de AGOSTO de 2020.
(LOCAL/DATA)

x Robson da Conceição Lima
Assinatura

[illegible] SUCURSAL DA CONSOLAÇÃO
[illegible]

energisa

[illegible] MONOFÁSICO
Classe: RES MTC 01 - RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 15-481-820-2040 Referência: Fev / 2020
Emissão: 21/02/2020 Emissão: 21/02/2020

[illegible] ENERGISA GRUPO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA SA
Rua Mx Aparecida Dias, 71 - Novo Bertioga
Aracaju/SE, CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-40 Insc.Est. 270.707.436
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica NF021 480.001
Cód. para Débito Automático: 8001039831

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2020	21/02/2020	25/03/2020	008.432.848.44

UC (Unidade Consumidora): 3/1033853-1

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/01/20	4120	21/02/20	4192	1	72	29

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa/Alíquota	Valor (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	PIS-PASEP (R$)	COFINS (R$)
0001	Consumo kWh-RR	30,000 S / 88820	0,83	0,00	0	0,00	3,60	3,06
0010	Consumo 101 a 200kWh-RR	42,000 S / 88840	0,85	0,00	0	0,00	13,49	6,13
0801	Adic. Bandeira		0,02	0,00	0	0,00	0,42	0,00
0901	Subsídio		0,54	0,00		0,00	0,54	0,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	LAE DE 12/2019		0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2019		2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0818	Devolução Subsídio		0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
	Cód. Débito Automático: 8001039831	TOTAL		20,74	0,00		18,05	9,37

Média últimos meses (kWh): 89

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
03/03/2020	R$ 20,74

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20
102	102	77	126	77	95	54	56	82	87	57	72

RESERVADO AÓ FISCO
3de9.73a4.a0c4.e1dd.b291.5297.ae72.4d6d.

Indicadores de Qualidade (Período: [illegible])

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEC ANUAL	9,56	0,00	NOMINAL	116
DEC TRIMESTRAL	2,39			
DEC MÊS	0,80			
FEC ANUAL	7,47	0,00	CONTRATADA	116
FEC TRIMESTRAL	1,87		LIMITE INFERIOR	104
FEC MÊS	0,62		LIMITE SUPERIOR	127
DIC	0,00	0,00		
FIC	0,00			
DMIC	14,00			
DICRI	14,00			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/ICMS	6,79	32,69
Compra de Energia	9,54	45,93
Serviço de Transmissão	0,66	3,19
Encargos Setoriais	1,98	9,56
Impostos Diretos e Encargos	2,60	12,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	20,74	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2019) R$ 0,47

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Jan/20	21,04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTIÇA

DETRAN - SE 000093367 Nº 6315804628

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	R.T.B.	EXERCICIO
1	897039863	000000000000	2006

NOME/ENDEREÇO
ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA
RUA LUIZ JOSE DA SILVA,186
BRASILIA
49580000 NOSSA SENHORA DA GLORIA

CPF/CGC	PLACA
694.092.675-04	JAB6608

PLACA ANT/UF	CHASSI
0028085/SE	9C2KE08507R014598

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
[illegible]	[illegible]

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES	2006	2007

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P 14CV/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
PAGO	**********	1ª **********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª **********
**********	**********	3ª **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO
********	******	PAGO	********

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA
SEM RESTRIÇÕES

NOME	DATA
NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE	17/10/2006

Valmir Feitosa Garcez
DIRETOR-PRESIDENTE

CONTRAN

BRASIL

UM PAÍS DE TODOS

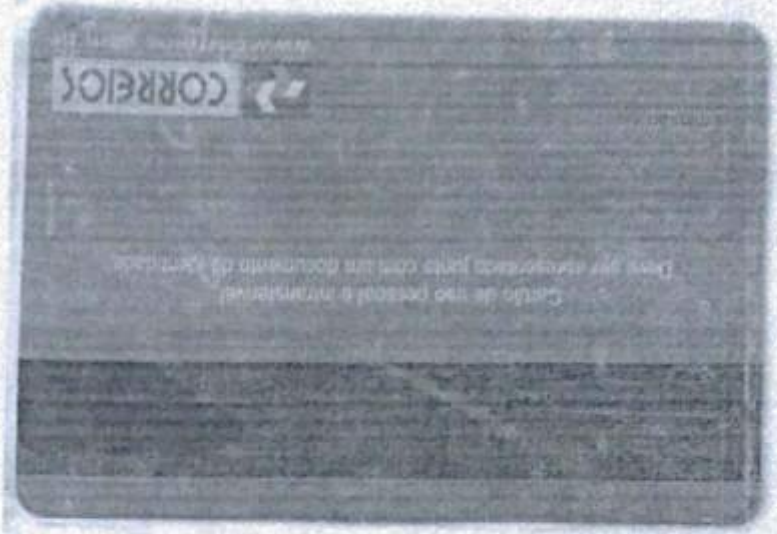
GOVERNO FEDERAL

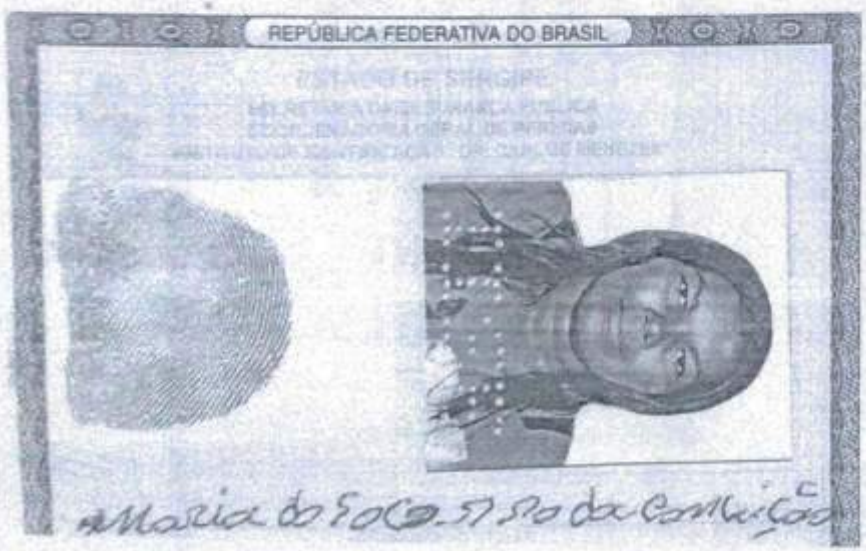
PROGRAMA

Bolsa Família

MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

16488227026 01





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Robson da Conceicao Lima : 076.292.645-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

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, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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, 23 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2320-5 - MONTE ALEGRE SERGIPE (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/2858-46, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Poupex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupex, doravante denominada **Poupex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: ROBSON DA CONCEICAO LIMA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 076.292.645-77 , capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de PAO DE ACUCAR AL, nascido(a) em 15/11/1995, filho(a) de ADAUTO BARBOSA DE LIMA e MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO, portador(a) do(a) carteira de identidade n°. 37678558, emitido(a) em 29/10/2013, pelo(a) SSP SE , trabalhador de construcao civil, endereço residencial: POV JUREMINHA SN, AREA RURAL, PORTO DA FOLHA - SE , CEP 49.800-000 , telefone(s) (79) 99805-7606, solteiro(a), sem união estável .

DEIXAR 12,00 TODO DIA 05 NA CONTA

Dados da conta

Agência 2320-5, Conta-Corrente n.º 14.451-7, Poupança Ouro n.º 510.014.451-X, Poupança Poupex n.º 960.014.451-1, conta individual, aberta em 17.08.2020.

PACOTE DE SERVIÇOS. O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer mome poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aque disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote d Serviços.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) que os saldos devedores na conta-corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o(s) Proponente(s)/Contratante(s) seja(m) titular(es) no Banco do Brasil S.A., mediante débito nas respectivas contas.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) o Banco, de forma irrevogável e irretratável e por prazo indeterminado, a debitar de quaisquer contas-correntes, contas de poupança ou aplicações financeiras, que seja(m) ou venha(m) a ser titular(es) em qualquer agência do Banco, à exceção de conta conjunta não-solidária, valores oriundos de obrigações regularmente contratadas e exigíveis, inclusive seus encargos, decorrentes da aquisição de produtos e/ou serviços disponibilizados pelo Banco.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito, estando sujeito inclusive a alterações nos limites de crédito contratados nos produtos.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito destas Cláusulas, o **Contratado** coloca a sua disposição os telefones da Central de Relacionamento do Banco do Brasil – CRBB 4004 0001 ou 0800 729 0001, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 0800 729 0722, para Deficientes Auditivos 0800 729 0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800 729 0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003 0500* ou 0800 729 0500. Caso os **Proponente(s)/Contratante(s)** considere(m) que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deverá(ão) entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800 729 5678. *Custos de ligações locais e impostos são cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara(m), sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data
MONTE ALEGRE DE SERGIPE (SE), 18/08/2020

Contratado

Diretoria de Empréstimos, Financiamentos e Crédito Imobiliário
Marcos Renato Coltri
Diretor

Proponente(s)/Contratante(s)

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Nome: ROBSON DA CONCEICAO LIMA
CPF: 076.292.645-77

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1096: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)
Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veículo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Neviton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936969

Neviton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Atendimento

Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) o(a) (a) responsável pelas informações acima assinadas e cientes que poderei responder (civil e criminalmente) pela presente declaração que é de origem, conforme previsto nos Artigos 299-Declaração Falsa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 18:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 18:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veículo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Newton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936969

Newton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 910986
Responsável pelo Atendimento

Adauto Barbosa de Lima
Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins na oitiva que sou civilmente responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que ora assino, conforme previsto nos Artigos 339 (Denunciação Caluniosa) e 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/06/2020 10:00 Data/Hora Fim: 01/06/2020 11:34
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: [illegible]

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outras Localidades
Logradouro: POVOADO JAIRE MINHA - ZONA RURAL — Nº: SN
CEP: 49.200-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1005: AUTOLESÃO - ACIDENTE DE TRANSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 10:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC0360779014698, em nome de ALCINO GIULIANDO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veículo indo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde foi uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dá conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Newton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat. 506060

Newton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula [illegible]
Responsável pela Confirmação

Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

Delegacia de Polícia Civil Newton Rodrigues Dos Santos
Impresso por: Marcos Walter Ferreira do Couto
Data de Impressão: 01/06/2020 11:34
Protocolo nº: Não Solicitado

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 026.292.645-72

4 - Nome completo da vítima: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

6 - CPF: 026.292.645-72

7 - Profissão: LAVRADOR

8 - Endereço: RUA JUREMINHA

9 - Número: 370

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL

12 - Cidade: PONTO DA FOLHA

13 - Estado: SE

14 - CEP: 49.800-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **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: BRASIL

AGÊNCIA: 1320 5 (informar o dígito se existir) CONTA: 14451 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA 10/10/2020

Robson da Conceição Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
R. da Assembleia, 100 - 34º andar
Centro, Rio de Janeiro - CEP 20011-916
Tel (21) 3461-4400 - www.seguradoralider.com.br

SEGURADORA LIDER

À

Seguradora Líder-DPVAT

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

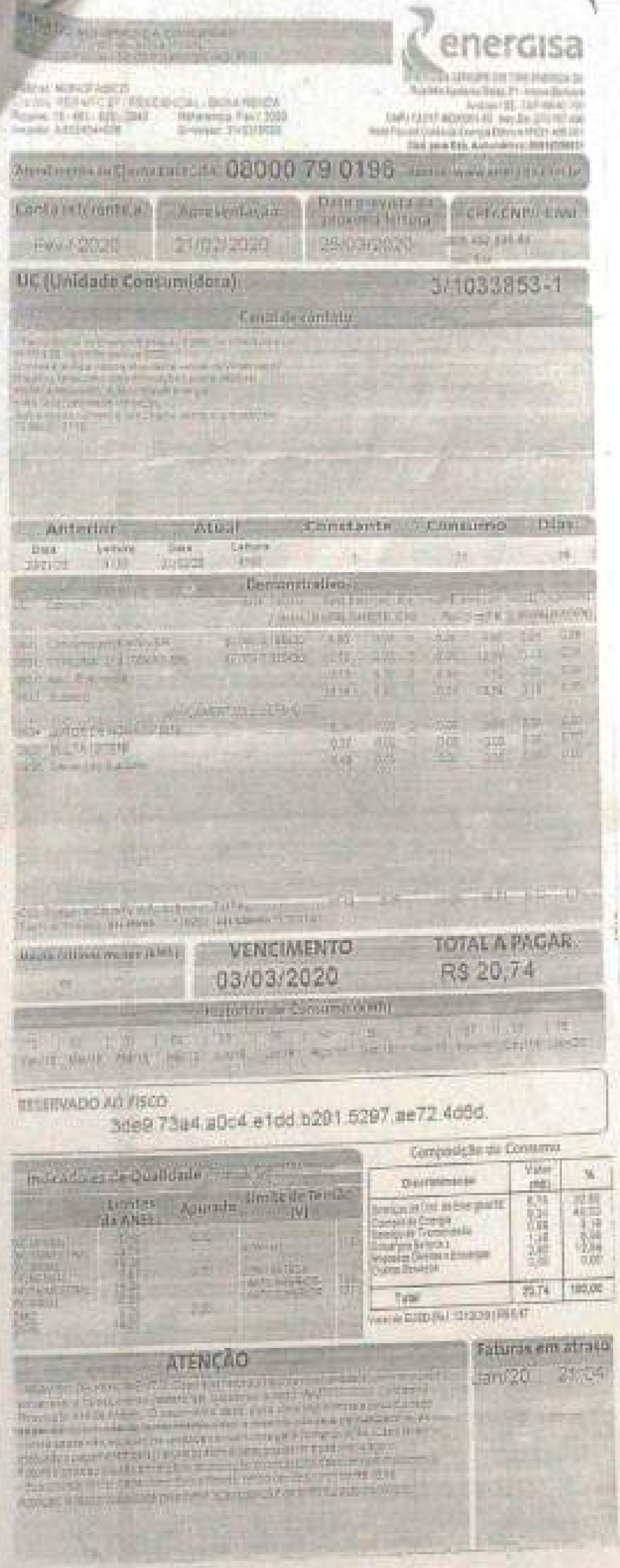
Eu, ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA, portador do CPF nº 096.292.645-77 e RG nº _____ declaro para os devido fins que resido no endereço a seguir:

Logradouro: (Rua/Avenida/Praça)	POV JUMEIMINHA
Número:	S/N
Complemento:	CASA
Bairro:	ZONA RURAL
Cidade:	PONTO DA FOLHA
Estado:	SERGIPE.
CEP:	49 800-000

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

P. DA FOLHA, 24 de AGOSTO de 2020.
(LOCAL/DATA)

x Robson da Conceição Lima
Assinatura



energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2020	21/02/2020	25/03/2020	[illegible]

UC (Unidade Consumidora) 3/1033853-1

Canais de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]

Demonstrativo

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
[illegible]	03/03/2020	R$ 20,74

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO FISCO
3de9.73a4.a0c4.e1dd.b201.5297.ae72.4d6d.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Total	20,74	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Jan/20 21,04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO NUMÉRICA

NOME DO ELEITOR

ROBSON DA CONCEICAO LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 15/11/1995

INSCRIÇÃO: 0263 7255 2185

D.V.

ZONA: 018

SEÇÃO: 015A

MUNICÍPIO / UF: PORTO DA FOLHA/SE

DATA DE EMISSÃO: 02/05/2012

JUIZ ELEITORAL

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Robson da Conceição Lima

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

Data Nasc.: 15/11/1995

Sexo: M

704 6056 5896 3429

SUS

FILIAÇÃO
PAI ADAUTO BARBOSA DE LIMA

MATERNA DO SOCORRO DA CONCEICAO

DATA NASC. 15/11/1995 NATURALIDADE PAO DE ACUCAR - AL

Dispensado do Serviço Militar inicial em 19 de janeiro de 2015
por residir em município não tributário

ADALTON DA SILVA PRADO 2º TEN
Delegado de Serviço Militar da 2ª DSM Sergipe

CARGO DO DPI

PROIBIDO PLASTIFICAR

MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
19ª C S M

Nº 787892 SÉRIE T

R A 190552086448

NOME
ROBSON DA CONCEICAO LIMA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
Emissão: Porto Alegre, RS 10/abr/2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DE SERGIPE

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. CARLOS MENESES

Robson da Conceição Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3.767.855-8

DATA DE EXPEDIÇÃO: 29/10/2013

NOME: ROBSON DA CONCEICAO LIMA

FILIAÇÃO: ADAUTO BARBOSA DE LIMA
MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

NATURALIDADE: PAO DE ACUCAR-AL

DATA DE NASCIMENTO: 15/11/1995

DOC ORIGEM: CT. NASCIMENTO NA 12230 LV A 41 FL 266 CART DIST COM DE PORTO DA FOLHA SE

CPF: 076.292.645-77

ASSINATURA DO DIRETOR: EVERETT FERREIRA DA SILVA
Perito Oficial de Identid. Dr. Carlos Meneses

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
076.292.645-77

Nome
ROBSON DA CONCEICAO LIMA

Nascimento

CÓDIGO DE CONTROLE
494A.BE13.4500.9938

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada eletronicamente no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 10:23:54 do dia 29/10/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTIÇA

DETRAN - SE 000093367 Nº 6315804628

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD RENAVAM	R.T.B.	EXERCICIO
1	897039863	000000000000	2006

NOME/ENDEREÇO
ALCINO GISCANDIO A. OLIVEIRA
RUA LUIZ JOSE DA SILVA,186
BRASILIA
49580000 NOSSA SENHORA DA GLORIA

CPF/CGC	PLACA
004.098.825-04	JAT8608

PLACA ANT/UF	CHASSI
0028085/SE	9C2KC0807R011499

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
010 - MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 TITAN ES	2006	2007

CMP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
1.4E7/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
5160	**********	1ª *********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *********
*********	**********	3ª *********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	OF (R$)	PRÊMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO
*********	******	* PAGO *	*********

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO ACEITO PARA TRANSFERENCIA
SEM RESTRIÇÕES

NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE	DATA
	7/10/2006

Marcio Poisão Garcez
DIRETOR-PRESIDENTE

DENEGADO

TRANSFERIR

BRASIL

UM PAÍS DE TODOS

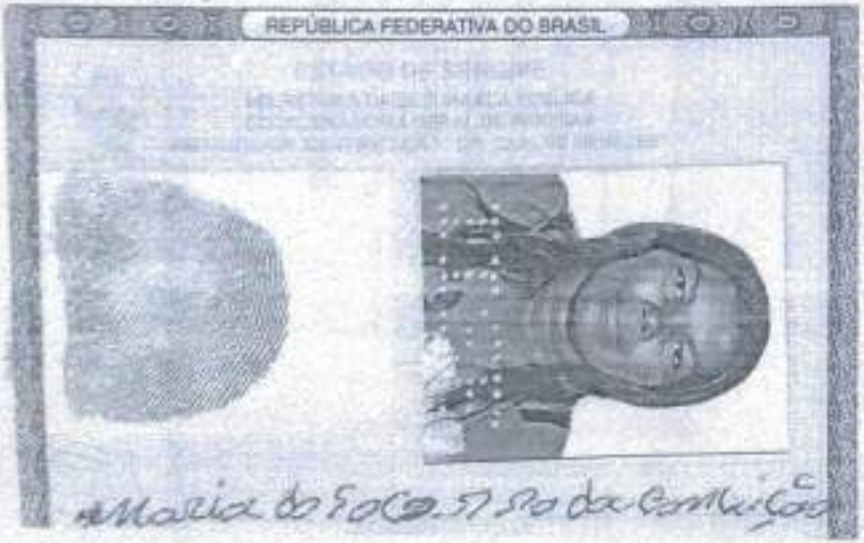
GOVERNO FEDERAL

PROGRAMA

Bolsa Família

MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

16488227026 01



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima

Data do acidente: 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Robson da Conceicao Lima : 076.292.645-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima

Data do acidente: 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

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, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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, 23 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2320-5 - MONTE ALEGRE SERGIPE (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/2858-46, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Poupex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupex, doravante denominada **Poupex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: ROBSON DA CONCEICAO LIMA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 076.292.645-77 , capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de PAO DE ACUCAR AL, nascido(a) em 15/11/1995, filho(a) de ADAUTO BARBOSA DE LIMA e MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 37678558, emitido(a) em 29/10/2013, pelo(a) SSP SE , trabalhador de construcao civil, endereço residencial: POV JUREMINHA SN, AREA RURAL, PORTO DA FOLHA - SE , CEP 49.800-000 , telefone(s) (79) 99805-7606, solteiro(a), sem união estável .

DEIXAR 12,00 TODO DIA 05 NA CONTA

Dados da conta

Agência 2320-5, Conta-Corrente n.º 14.451-7, Poupança Ouro n.º 510.014.451-X, Poupança Poupex n.º 960.014.451-1, conta individual, aberta em 17.08.2020.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de *conta-corrente*.

b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer mome poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aque disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote d Serviços.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) que os saldos devedores na conta-corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o(s) Proponente(s)/Contratante(s) seja(m) titular(es) no Banco do Brasil S.A., mediante débito nas respectivas contas.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) o Banco, de forma irrevogável e irretratável e por prazo indeterminado, a debitar de quaisquer contas-correntes, contas de poupança ou aplicações financeiras, que seja(m) ou venha(m) a ser titular(es) em qualquer agência do Banco, à exceção de conta conjunta não-solidária, valores oriundos de obrigações regularmente contratadas e exigíveis, inclusive seus encargos, decorrentes da aquisição de produtos e/ou serviços disponibilizados pelo Banco.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito, estando sujeito inclusive a alterações nos limites de crédito contratados nos produtos.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito destas Cláusulas, o **Contratado** coloca a sua disposição os telefones da Central de Relacionamento do Banco do Brasil – CRBB 4004 0001 ou 0800 729 0001, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 0800 729 0722, para Deficientes Auditivos 0800 729 0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800 729 0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003 0500* ou 0800 729 0500. Caso os **Proponente(s)/Contratante(s)** considere(m) que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deverá(ão) entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800 729 5678. *Custos de ligações locais e impostos são cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara(m), sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data
MONTE ALEGRE DE SERGIPE (SE), 18/08/2020

Contratado

Diretoria de Empréstimos, Financiamentos e Crédito Imobiliário
Marcos Renato Coltri
Diretor

Proponente(s)/Contratante(s)

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Nome: ROBSON DA CONCEICAO LIMA
CPF: 076.292.645-77

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veiculo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Neviton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936969

Neviton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Atendimento

Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) o(a) responsável pelas informações acima especificadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1005: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veículo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Newton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat. 936969

Newton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Cadastramento

Adauto Barbosa de Lima
Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou civilmente responsável pelas informações acima lançadas e que me sujeito a responsabilidade civil e criminalmente pela presente declaração que me segue, conforme previsto nos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) do Código Penal Brasileiro."

Sinesp

Delegado de Polícia Civil Newton Rodrigues Dos Santos
Impresso por: Marcos Kleber Pereira da Cruz
Data de Impressão: 01/04/2020 11:36
Protocolo nº: Não disponível

PPr - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 016.292.645-77

4 - Nome completo da vítima: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

6 - CPF: 016.292.645-77

7 - Profissão: LAVRADOR

8 - Endereço: RUA IVONE MINEIRA

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL

12 - Cidade: PONTO DA FOLHA

13 - Estado: SE

14 - CEP: 49.800-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **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: BRASIL

AGÊNCIA: 2320 5 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14451 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA 10/10/2020

Robson da Conceição Lima

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
R. da Assembleia, 100 - 24º andar
Centro - Rio de Janeiro - CEP 20011-004
Tel 21 3461-4000 www.seguradoralider.com.br

À

Seguradora Líder-DPVAT

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA portador do CPF nº 076.292.645-77 e RG nº _____ declaro para os devido fins que resido no endereço a seguir:

Logradouro: (Rua/Avenida/Praça)	POV JUMEMINHA
Número:	S/N
Complemento:	CASA
Bairro:	ZONA RURAL
Cidade:	PONTO DA FOLHA
Estado:	SERGIPE.
CEP:	49 800-000

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

P. DA FOLHA, 24 de AGOSTO de 2020.
(LOCAL/DATA)

x Robson da Conceição Lima
Assinatura

[illegible] SUCURSAL DA CONSOLAÇÃO
[illegible]

energisa

[illegible] MONOFÁSICO
Classe: RES MTC 01 - RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 15-481-820-2040 Referência: Fev / 2020
Emissão: 21/02/2020 Emissão: 21/02/2020

[illegible] ENERGISA GRUPO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA SA
Rua Mx Aparecida Dias, 71 - Novo Bertioga
Aracaju/SE, CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-40 Insc.Est. 270.707.436
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica NF021 480.001
Cód. para Débito Automático: 8001039831

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2020	21/02/2020	25/03/2020	008.432.848.44

UC (Unidade Consumidora): 3/1033853-1

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/01/20	4120	21/02/20	4192	1	72	29

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa/Alíquota	Valor (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	PIS-PASEP (R$)	COFINS (R$)
0001	Consumo kWh-RR	30,000 S / 88820	0,83	0,00	0	0,00	3,60	3,06
0010	Consumo 101 a 200kWh-RR	42,000 S / 88840	0,85	0,00	0	0,00	13,49	6,13
0801	Adic. Bandeira		0,02	0,00	0	0,00	0,42	0,00
0901	Subsídio		0,54	0,00		0,00	0,54	0,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	LAE DE 12/2019		0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2019		2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0818	Devolução Subsídio		0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
	Cód. Débito Automático: 8001039831	TOTAL		20,74	0,00		18,05	9,37

Média últimos meses (kWh): 89

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
03/03/2020	R$ 20,74

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20
102	102	77	126	77	95	54	56	82	87	57	72

RESERVADO AÓ FISCO
3de9.73a4.a0c4.e1dd.b291.5297.ae72.4d6d.

Indicadores de Qualidade (Período: [illegible])

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEC ANUAL	9,56	0,00	NOMINAL	116
DEC TRIMESTRAL	2,39			
DEC MÊS	0,80			
FEC ANUAL	7,47	0,00	CONTRATADA	116
FEC TRIMESTRAL	1,87		LIMITE INFERIOR	104
FEC MÊS	0,62		LIMITE SUPERIOR	127
DIC	0,00	0,00		
FIC	0,00			
DMIC	14,00			
DICRI	14,00			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/ICMS	6,79	32,69
Compra de Energia	9,54	45,93
Serviço de Transmissão	0,66	3,19
Encargos Setoriais	1,98	9,56
Impostos Diretos e Encargos	2,60	12,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	20,74	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2019) R$ 0,47

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Jan/20	21,04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTIÇA

DETRAN - SE 000093367 Nº 6315804628

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	R.T.B.	EXERCICIO
1	897039863	000000000000	2006

NOME/ENDEREÇO
ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA
RUA LUIZ JOSE DA SILVA,186
BRASILIA
49580000 NOSSA SENHORA DA GLORIA

CPF/CGC	PLACA
694.092.675-04	JAB6608

PLACA ANT/UF	CHASSI
0028085/SE	9C2KE08507R014598

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
[illegible]	[illegible]

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES	2006	2007

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P 14CV/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
PAGO	**********	1ª **********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª **********
**********	**********	3ª **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO
********	******	PAGO	********

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA
SEM RESTRIÇÕES

NOME	DATA
NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE	17/10/2006

Valmir Feitosa Garcez
DIRETOR-PRESIDENTE

CONTRAN

BRASIL

UM PAÍS DE TODOS

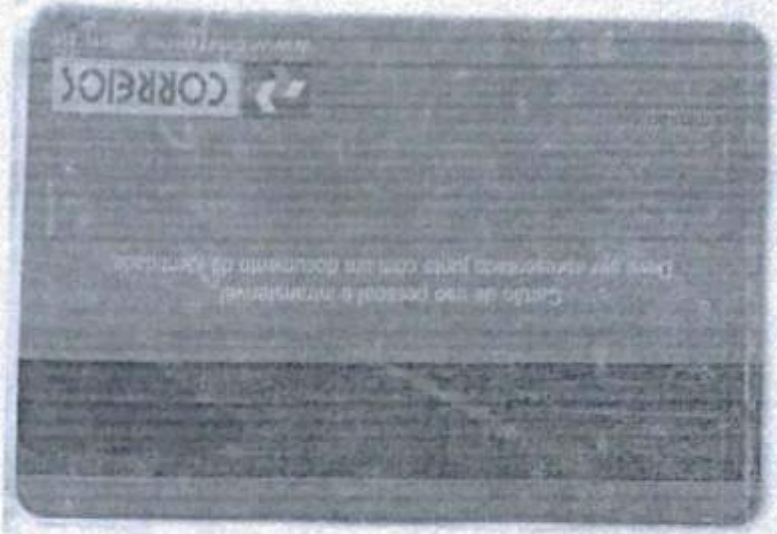
GOVERNO FEDERAL

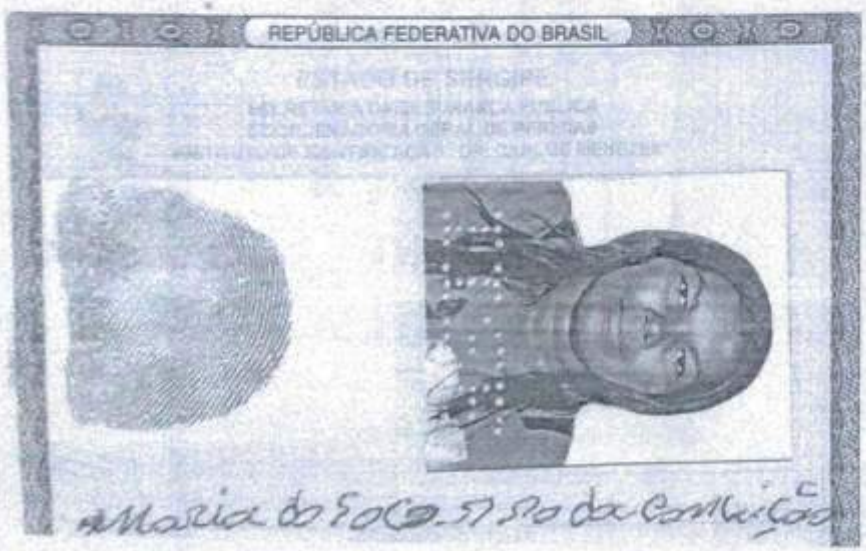
PROGRAMA

Bolsa Família

MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

16488227026 01





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Robson da Conceicao Lima : 076.292.645-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

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, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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, 23 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2320-5 - MONTE ALEGRE SERGIPE (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/2858-46, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Poupex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupex, doravante denominada **Poupex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: ROBSON DA CONCEICAO LIMA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 076.292.645-77 , capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de PAO DE ACUCAR AL, nascido(a) em 15/11/1995, filho(a) de ADAUTO BARBOSA DE LIMA e MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 37678558, emitido(a) em 29/10/2013, pelo(a) SSP SE , trabalhador de construcao civil, endereço residencial: POV JUREMINHA SN, AREA RURAL, PORTO DA FOLHA - SE , CEP 49.800-000 , telefone(s) (79) 99805-7606, solteiro(a), sem união estável .

DEIXAR 12,00 TODO DIA 05 NA CONTA

Dados da conta

Agência 2320-5, Conta-Corrente n.º 14.451-7, Poupança Ouro n.º 510.014.451-X, Poupança Poupex n.º 960.014.451-1, conta individual, aberta em 17.08.2020.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de *conta-corrente*.

b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer mome poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aque disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote d Serviços.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) que os saldos devedores na conta-corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o(s) Proponente(s)/Contratante(s) seja(m) titular(es) no Banco do Brasil S.A., mediante débito nas respectivas contas.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) o Banco, de forma irrevogável e irretratável e por prazo indeterminado, a debitar de quaisquer contas-correntes, contas de poupança ou aplicações financeiras, que seja(m) ou venha(m) a ser titular(es) em qualquer agência do Banco, à exceção de conta conjunta não-solidária, valores oriundos de obrigações regularmente contratadas e exigíveis, inclusive seus encargos, decorrentes da aquisição de produtos e/ou serviços disponibilizados pelo Banco.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito, estando sujeito inclusive a alterações nos limites de crédito contratados nos produtos.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito destas Cláusulas, o **Contratado** coloca a sua disposição os telefones da Central de Relacionamento do Banco do Brasil – CRBB 4004 0001 ou 0800 729 0001, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 0800 729 0722, para Deficientes Auditivos 0800 729 0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800 729 0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003 0500* ou 0800 729 0500. Caso os **Proponente(s)/Contratante(s)** considere(m) que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deverá(ão) entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800 729 5678. *Custos de ligações locais e impostos são cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara(m), sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data
MONTE ALEGRE DE SERGIPE (SE), 18/08/2020

Contratado

Diretoria de Empréstimos, Financiamentos e Crédito Imobiliário
Marcos Renato Coltri
Diretor

Proponente(s)/Contratante(s)

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Nome: ROBSON DA CONCEICAO LIMA
CPF: 076.292.645-77

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veiculo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Neviton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936969

Neviton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Atendimento

Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) o(a) responsável pelas informações acima especificadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1005: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veículo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Newton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat. 936969

Newton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Cadastramento

Adauto Barbosa de Lima
Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou civilmente responsável pelas informações acima lançadas e que me sujeito a responsabilidade civil e criminalmente pela presente declaração que me segue, conforme previsto nos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) do Código Penal Brasileiro."

Sinesp

Delegado de Polícia Civil Newton Rodrigues Dos Santos
Impresso por: Marcos Kleber Pereira da Cruz
Data de Impressão: 01/04/2020 11:36
Protocolo nº: Não disponível

PPr - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 016.292.645-77

4 - Nome completo da vítima: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

6 - CPF: 016.292.645-77

7 - Profissão: LAVRADOR

8 - Endereço: RUA IVONE MINEIRA

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL

12 - Cidade: PONTO DA FOLHA

13 - Estado: SE

14 - CEP: 49.800-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **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: BRASIL

AGÊNCIA: 2320 5 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14451 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA 10/10/2020

Robson da Conceição Lima

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
R. da Assembleia, 100 - 24º andar
Centro - Rio de Janeiro - CEP 20011-004
Tel 21 3461-4000 www.seguradoralider.com.br

À

Seguradora Líder-DPVAT

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA portador do CPF nº 076.292.645-77 e RG nº _____ declaro para os devido fins que resido no endereço a seguir:

Logradouro: (Rua/Avenida/Praça)	POV JUMEMINHA
Número:	S/N
Complemento:	CASA
Bairro:	ZONA RURAL
Cidade:	PONTO DA FOLHA
Estado:	SERGIPE.
CEP:	49 800-000

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

P. DA FOLHA, 24 de AGOSTO de 2020.
(LOCAL/DATA)

x Robson da Conceição Lima
Assinatura

[illegible] SUCURSAL DA CONSOLAÇÃO
[illegible]

energisa

[illegible] MONOFÁSICO
Classe: RES MTC 01 - RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 15-481-820-2040 Referência: Fev / 2020
Emissão: 21/02/2020 Emissão: 21/02/2020

[illegible] ENERGISA GRUPO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA SA
Rua Mx Aparecida Dias, 71 - Novo Bertioga
Aracaju/SE, CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-40 Insc.Est. 270.707.436
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica NF021 480.001
Cód. para Débito Automático: 8001039831

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2020	21/02/2020	25/03/2020	008.432.848.44

UC (Unidade Consumidora): 3/1033853-1

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/01/20	4120	21/02/20	4192	1	72	29

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa/Alíquota	Valor (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	PIS-PASEP (R$)	COFINS (R$)
0001	Consumo kWh-RR	30,000 S / 88820	0,83	0,00	0	0,00	3,60	3,06
0010	Consumo 101 a 200kWh-RR	42,000 S / 88840	0,85	0,00	0	0,00	13,49	6,13
0801	Adic. Bandeira		0,02	0,00	0	0,00	0,42	0,00
0901	Subsídio		0,54	0,00		0,00	0,54	0,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	LAE DE 12/2019		0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2019		2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0818	Devolução Subsídio		0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
	Cód. Débito Automático: 8001039831	TOTAL		20,74	0,00		18,05	9,37

Média últimos meses (kWh): 89

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
03/03/2020	R$ 20,74

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20
102	102	77	126	77	95	54	56	82	87	57	72

RESERVADO AÓ FISCO
3de9.73a4.a0c4.e1dd.b291.5297.ae72.4d6d.

Indicadores de Qualidade (Período: [illegible])

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEC ANUAL	9,56	0,00	NOMINAL	116
DEC TRIMESTRAL	2,39			
DEC MÊS	0,80			
FEC ANUAL	7,47	0,00	CONTRATADA	116
FEC TRIMESTRAL	1,87		LIMITE INFERIOR	104
FEC MÊS	0,62		LIMITE SUPERIOR	127
DIC	0,00	0,00		
FIC	0,00			
DMIC	14,00			
DICRI	14,00			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/ICMS	6,79	32,69
Compra de Energia	9,54	45,93
Serviço de Transmissão	0,66	3,19
Encargos Setoriais	1,98	9,56
Impostos Diretos e Encargos	2,60	12,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	20,74	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2019) R$ 0,47

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Jan/20	21,04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTIÇA

DETRAN - SE 000093367 Nº 6315804628

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	R.T.B.	EXERCICIO
1	897039863	000000000000	2006

NOME/ENDEREÇO
ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA
RUA LUIZ JOSE DA SILVA,186
BRASILIA
49580000 NOSSA SENHORA DA GLORIA

CPF/CGC	PLACA
694.092.675-04	JAB6608

PLACA ANT/UF	CHASSI
0028085/SE	9C2KE08507R014598

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
[illegible]	[illegible]

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES	2006	2007

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P 14CV/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
PAGO	**********	1ª **********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª **********
**********	**********	3ª **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO
********	******	PAGO	********

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA
SEM RESTRIÇÕES

NOME	DATA
NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE	17/10/2006

Valmir Feitosa Garcez
DIRETOR-PRESIDENTE

CONTRAN

BRASIL

UM PAÍS DE TODOS

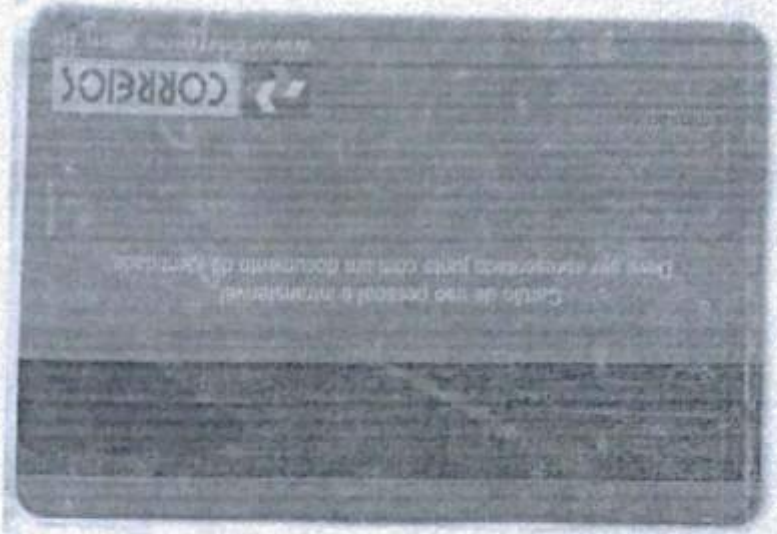
GOVERNO FEDERAL

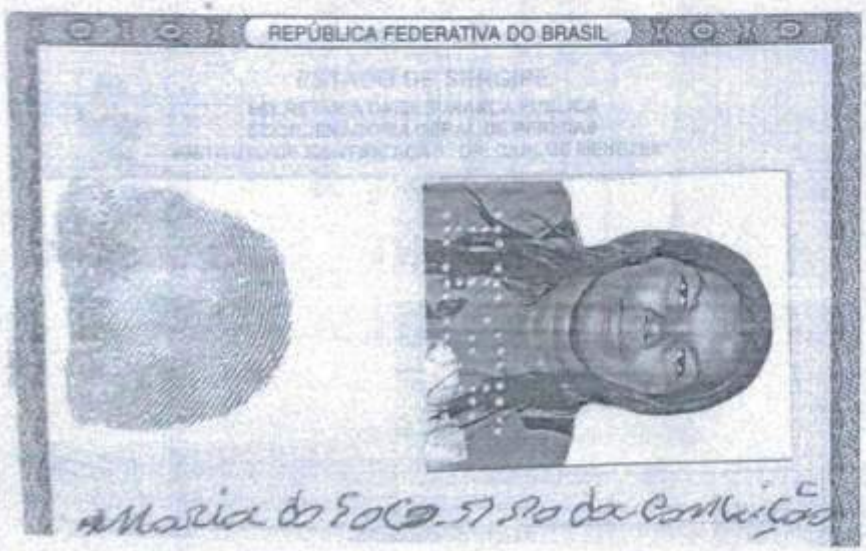
PROGRAMA

Bolsa Família

MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

16488227026 01





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Robson da Conceicao Lima : 076.292.645-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

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, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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, 23 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200436228 **Vítima: Robson da Conceicao Lima**

Data do Acidente: 15/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON DA CONCEICAO LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2320-5 - MONTE ALEGRE SERGIPE (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/2858-46, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Poupex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Poupex, doravante denominada **Poupex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: ROBSON DA CONCEICAO LIMA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 076.292.645-77 , capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de PAO DE ACUCAR AL, nascido(a) em 15/11/1995, filho(a) de ADAUTO BARBOSA DE LIMA e MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 37678558, emitido(a) em 29/10/2013, pelo(a) SSP SE , trabalhador de construcao civil, endereço residencial: POV JUREMINHA SN, AREA RURAL, PORTO DA FOLHA - SE , CEP 49.800-000 , telefone(s) (79) 99805-7606, solteiro(a), sem união estável .

DEIXAR 12,00 TODO DIA 05 NA CONTA

Dados da conta

Agência 2320-5, Conta-Corrente n.º 14.451-7, Poupança Ouro n.º 510.014.451-X, Poupança Poupex n.º 960.014.451-1, conta individual, aberta em 17.08.2020.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN n.º 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de *conta-corrente*.

b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer mome poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aque disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote d Serviços.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) que os saldos devedores na conta-corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o(s) Proponente(s)/Contratante(s) seja(m) titular(es) no Banco do Brasil S.A., mediante débito nas respectivas contas.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) autoriza(m) o Banco, de forma irrevogável e irretratável e por prazo indeterminado, a debitar de quaisquer contas-correntes, contas de poupança ou aplicações financeiras, que seja(m) ou venha(m) a ser titular(es) em qualquer agência do Banco, à exceção de conta conjunta não-solidária, valores oriundos de obrigações regularmente contratadas e exigíveis, inclusive seus encargos, decorrentes da aquisição de produtos e/ou serviços disponibilizados pelo Banco.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito, estando sujeito inclusive a alterações nos limites de crédito contratados nos produtos.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito destas Cláusulas, o **Contratado** coloca a sua disposição os telefones da Central de Relacionamento do Banco do Brasil – CRBB 4004 0001 ou 0800 729 0001, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 0800 729 0722, para Deficientes Auditivos 0800 729 0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800 729 0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003 0500* ou 0800 729 0500. Caso os **Proponente(s)/Contratante(s)** considere(m) que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deverá(ão) entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800 729 5678. *Custos de ligações locais e impostos são cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara(m), sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data
MONTE ALEGRE DE SERGIPE (SE), 18/08/2020

Contratado

Diretoria de Empréstimos, Financiamentos e Crédito Imobiliário
Marcos Renato Coltri
Diretor

Proponente(s)/Contratante(s)

BANCO DO BRASIL

Proposta/Contrato de Abertura de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Poupex Pessoa Física

Nome: ROBSON DA CONCEICAO LIMA
CPF: 076.292.645-77

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veiculo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Neviton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936969

Neviton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Atendimento

Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) o(a) responsável pelas informações acima especificadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PORTO DA FOLHA - PORTO DA FOLHA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031579/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2020 10:59 Data/Hora Fim: 01/04/2020 11:34
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha
Data/Hora do Fato: 15/03/2020 16:00

Local do Fato
Município: Porto da Folha (SE)
Bairro: Outros Povoados
Logradouro: POVOADO JUREMINHA - ZONA RURAL Nº: SN
CEP: 49.030-830

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1005: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADAUTO BARBOSA DE LIMA (COMUNICANTE)

Nome Civil: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA (VÍTIMA)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia 15-03-2020, por volta das 16:00 horas seu filho ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150, TITAN ES, 2006/2007, COR PRETA, CHASSI 9C2KC08507R014698, em nome de ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA e ao passar por uma curva perdeu o controle do veículo vindo a cair e se lesionar e no momento se encontra no HUSE em Aracaju hospitalizado, onde fez uma cirurgia na cabeça. Que no momento do fato se encontrava só. Dar conhecimento do fato.

ASSINATURAS

Newton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat. 936969

Newton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Cadastramento

Adauto Barbosa de Lima
Adauto Barbosa de Lima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou civilmente responsável pelas informações acima lançadas e que me sujeito a responsabilidade civil e criminalmente pela presente declaração que me segue, conforme previsto nos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) do Código Penal Brasileiro."

Sinesp

Delegado de Polícia Civil Newton Rodrigues Dos Santos
Impresso por: Marcos Kleber Pereira da Cruz
Data de Impressão: 01/04/2020 11:36
Protocolo nº: Não disponível

PPr - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 016.292.645-77

4 - Nome completo da vítima: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA

6 - CPF: 016.292.645-77

7 - Profissão: LAVRADOR

8 - Endereço: RUA IVONE MINEIRA

9 - Número: S/N

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL

12 - Cidade: PONTO DA FOLHA

13 - Estado: SE

14 - CEP: 49.800-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **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: BRASIL

AGÊNCIA: 2320 5 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14451 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA 10/10/2020

Robson da Conceição Lima

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
R. da Assembleia, 100 - 24º andar
Centro - Rio de Janeiro - CEP 20011-004
Tel 21 3461-4000 www.seguradoralider.com.br

À

Seguradora Líder-DPVAT

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, ROBSON DA CONCEIÇÃO LIMA portador do CPF nº 076.292.645-77 e RG nº _____ declaro para os devido fins que resido no endereço a seguir:

Logradouro: (Rua/Avenida/Praça)	POV JUMEMINHA
Número:	S/N
Complemento:	CASA
Bairro:	ZONA RURAL
Cidade:	PONTO DA FOLHA
Estado:	SERGIPE.
CEP:	49 800-000

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

P. DA FOLHA, 24 de AGOSTO de 2020.
(LOCAL/DATA)

x Robson da Conceição Lima
Assinatura

[illegible] SUCURSAL DA CONSOLAÇÃO
[illegible]

energisa

[illegible] MONOFÁSICO
Classe: RES MTC 01 - RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 15-481-820-2040 Referência: Fev / 2020
Emissão: 21/02/2020 Emissão: 21/02/2020

[illegible] ENERGISA GRUPO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA SA
Rua Mx Aparecida Dias, 71 - Novo Bertioga
Aracaju/SE, CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-40 Insc.Est. 270.707.436
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica NF021 480.001
Cód. para Débito Automático: 8001039831

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2020	21/02/2020	25/03/2020	008.432.848.44

UC (Unidade Consumidora): 3/1033853-1

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/01/20	4120	21/02/20	4192	1	72	29

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa/Alíquota	Valor (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	PIS-PASEP (R$)	COFINS (R$)
0001	Consumo kWh-RR	30,000 S / 88820	0,83	0,00	0	0,00	3,60	3,06
0010	Consumo 101 a 200kWh-RR	42,000 S / 88840	0,85	0,00	0	0,00	13,49	6,13
0801	Adic. Bandeira		0,02	0,00	0	0,00	0,42	0,00
0901	Subsídio		0,54	0,00		0,00	0,54	0,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	LAE DE 12/2019		0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2019		2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0818	Devolução Subsídio		0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
	Cód. Débito Automático: 8001039831	TOTAL		20,74	0,00		18,05	9,37

Média últimos meses (kWh): 89

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
03/03/2020	R$ 20,74

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20
102	102	77	126	77	95	54	56	82	87	57	72

RESERVADO AÓ FISCO
3de9.73a4.a0c4.e1dd.b291.5297.ae72.4d6d.

Indicadores de Qualidade (Período: [illegible])

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEC ANUAL	9,56	0,00	NOMINAL	116
DEC TRIMESTRAL	2,39			
DEC MÊS	0,80			
FEC ANUAL	7,47	0,00	CONTRATADA	116
FEC TRIMESTRAL	1,87		LIMITE INFERIOR	104
FEC MÊS	0,62		LIMITE SUPERIOR	127
DIC	0,00	0,00		
FIC	0,00			
DMIC	14,00			
DICRI	14,00			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/ICMS	6,79	32,69
Compra de Energia	9,54	45,93
Serviço de Transmissão	0,66	3,19
Encargos Setoriais	1,98	9,56
Impostos Diretos e Encargos	2,60	12,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	20,74	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2019) R$ 0,47

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Jan/20	21,04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTIÇA

DETRAN - SE 000093367 Nº 6315804628

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	R.T.B.	EXERCICIO
1	897039863	000000000000	2006

NOME/ENDEREÇO
ALCINO GISLANDIO A. OLIVEIRA
RUA LUIZ JOSE DA SILVA,186
BRASILIA
49580000 NOSSA SENHORA DA GLORIA

CPF/CGC	PLACA
694.092.675-04	JAB6608

PLACA ANT/UF	CHASSI
0028085/SE	9C2KE08507R014598

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
[illegible]	[illegible]

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES	2006	2007

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P 14CV/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
PAGO	**********	1ª **********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª **********
**********	**********	3ª **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO
********	******	PAGO	********

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA
SEM RESTRIÇÕES

NOME	DATA
NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE	17/10/2006

Valmir Feitosa Garcez
DIRETOR-PRESIDENTE

CONTRAN

BRASIL

UM PAÍS DE TODOS

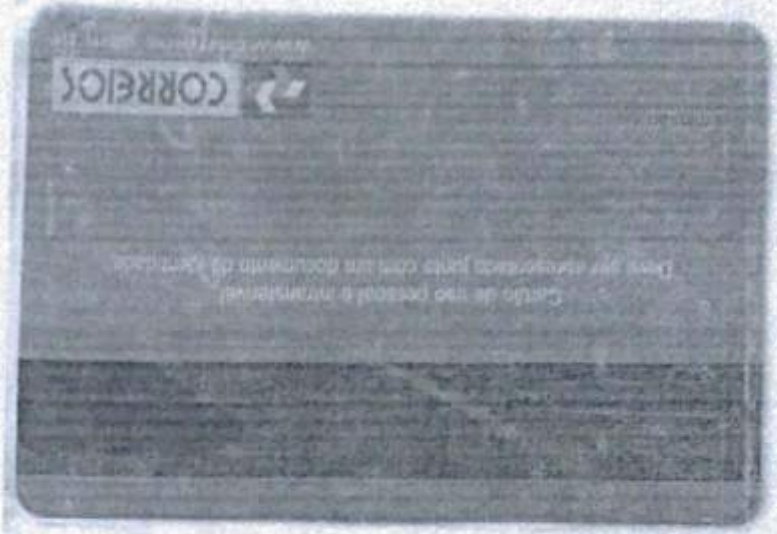
GOVERNO FEDERAL

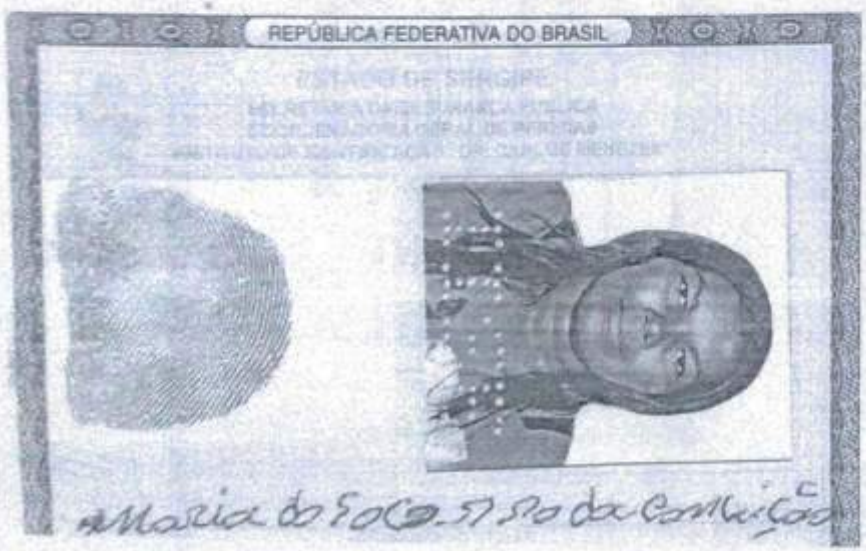
PROGRAMA

Bolsa Família

MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO

16488227026 01





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Robson da Conceicao Lima : 076.292.645-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347746/20

Número do Sinistro: 3200436228

Vítima: Robson da Conceicao Lima **Data do acidente:** 15/03/2020

CPF: 076.292.645-77 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** Robson da Conceicao Lima

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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