
Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180300974**

Vitima: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **15/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180300974**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

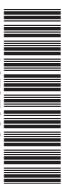
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180300974**

Vitima: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **15/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180300974**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180300974

Vítima: FAGNER SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FAGNER SILVA DOS SANTOS

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

011062234-03

Nome completo da vítima

Fagner Silva dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Fagner Silva dos Santos	CPF titular da conta	011062234-03	Profissão	mechanico
Endereço	Rua Prospectada 05 c/5a da Rlx D'agua	Número		Complemento	
Bairro	Alhaudia	Cidade	Parauapebas	Estado	PA
Email		CEP	58320000	Telefone (DD)(Cidade)	999642566

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 1023 D/V: CONTA NRO: 19287 D/V:
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____

AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CONFIRMADO COM O ORIGINAL

georPener 15 de maio de 2016

Local e Data

Fagner Silva dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



29 JUN. 2018
SIGOR/PIB

CONFERIDO COM O ORIGINAL



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00382.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00382.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:28 horas do dia 28 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fagner Silva dos Santos**, CPF nº 011.062.234-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico, filho(a) de Wládia Silva dos Santos e Francisco Nunes dos Santos, natural de Patos/PB, nascido(a) em 27/03/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Regina Guedes Alcoforado, Nº 5, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercadinho de Dinho, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99964-2566.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Rosemíro Ferreira, Perto do Espetinho do Junior, Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/09/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTO HONDA/CG 150 FAN ESL, 2013/2013, PRETA, PLACA PGU3191/PE, CHASSI 9C2KC1670DR502506, registrada em nome de FRANCISCO DE ASSIS DE MOURA SILVA, quando ao passar por um cruzamento foi atingido por outra MOTO NÃO IDENTIFICADA; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 05.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação



FAGNER SILVA DOS SANTOS
Noticiante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

29 JUN. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Fagner Silveira dos Santos	011062234-03	15-09-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (0000)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia médica de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afecção do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Fagner Silveira dos Santos, 25 de março de 2018

Local e Data

Fagner Silveira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fagner Silva dos Santos,

RG nº 3153353, data de expedição 02/09/03, Órgão SSP/PB

CPF nº 011062234-03, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Profetada</u>
Número	<u>05 - casa -</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Paixão D'água</u>
Cidade	<u>Alhandra.</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58320000</u>
Telefone de Contato	<u>999642560</u>
E-mail	

29 JUN. 2018
SINCOR/PIB

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/03/18

Assinatura do Declarante: Fagner Silva dos Santos

CONFERIDO COM O ORIGINAL

IVANILDO GONCALVES DE ARANJO
DUA PROJETADA S/CASA - DA CADA CASA
LIGARIA 2000 PES PESQUERIA 1410-183

Emissão: 28/11/2018 Referência: Jan | 2018
Carrer/Endereço: RUA SERRA MONICA -
Bairro: 12 - 20 - 360 - 220 Número: 00020209

Emissão: 28/01/2018 Referência: Jan / 2018 ENERGIA PARÁ S.A. - DISTRIBUIDORA ENERGIA PARÁ S.A.
Cassa/Sucessa RESIDENCIAL / BAMA REICHA MONTEIRO/CPDN/21 Km-25 - Custo Residencial - 21º Período - P.D.CPDR/2017/1000
Estado: 17 - 20 - 306 - 320 - 16 mês(s) 00/01/2018/10 C.R.: 19.056.155/0001-40 - Iss. 2018-10-0207

 energisa

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

Conta referente a 1º-1º / 2018 Apresentação 26/01/2018 Data prevista da próxima leitura 27/02/2018 CPF / CNPJ / RANS 75279150487

UC (Unidad Consumidora): 5/1127157-4

[Canal de contacto](#)

U.S. Postage & Mailing Labels - TSB# 213338634
1-2-08-22-08-2008
U.S. Postage & Mailing Labels - TSB# 213338635
1-2-08-22-08-2008
U.S. Postage & Mailing Labels - TSB# 213338636
1-2-08-22-08-2008
U.S. Postage & Mailing Labels - TSB# 213338637
1-2-08-22-08-2008
U.S. Postage & Mailing Labels - TSB# 213338638
1-2-08-22-08-2008

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Col.	Data 12/2017	Lefurs 2018	Data 12/2017	Lefurs 2018	
Desmatamento					
0001	Consumo str 300W-EF	30.000 0.000000	75.000 0.000000	75.000 0.000000	300
0001	Consumo -27 s 125W-EF	125.000 0.000000	32.250 0.000000	32.250 0.000000	375
0001	Consumo -101 x 220W-VHBR	101.000 0.000000	77.330 0.000000	77.330 0.000000	371
0001	Consumo acima de 220W-VHBR	22.000 0.000000	35.750 0.000000	35.750 0.000000	625
0001	Ade. B Vermelha	0.00	0.00	0.00	0.00
0010	Subida	47.05	47.05	47.05	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0004	JUROS DE MORA 12/2017	0.00	0.00	0.00	0.00
0005	Multa 12/2017	235	0.00	0.00	0.00
0006	Outros 0.000000	31.02	0.00	0.00	0.00

• 潤滑
• 舒適
• 雜志
• 廣告
• 12
• 130

VENCIMIENTO
02/02/2018

**TOTAL A PAGAR
R\$ 159,01**

SINCOR/PB

29 JUN. 2018

Histórico de Consumo (kWh)											
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
200	211	206	202	218	205	198	213	209	204	201	208

RESERVADO AO FISCO
S141-5-26 Dba8 1440 64b2 9c25 2714.1292.

Wertendes der Qualität

Limits da ANEEL	Aparado	Limits de Tensão (V)
DC MUNDIAL	232	MUNDIAL
DC TERRESTRAL	220	
DC AERIAL	220	
DC ENERGIA	220	DISTRIBUÍDA
DC TÉLETRONICOS	190	LIMITE INFERIOR
DC PNEUMATICO	16,70	LIMITE SUPERIOR
DC ELETRO	220	
DC SERVICO	1,40	

Discriminaciones	Valor (R\$)	%
Benefícios de Energia/E	39,00	22,70
Combustível	42,00	24,00
Impostos de Transporte	6,45	3,60
Entrega Detalhada	8,90	4,97
Impostos Distrito e Encargos	24,74	13,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total:	169,01	100,00

ATENÇÃO

ATENÇÃO - Atenção ao uso de álcool em excesso.

Saturno em atraso

CUNFÉRDU COM U ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FAGNER SILVA DOS SANTOS

DADOS DE NASCIMENTO 27/03/86

NOME DA MÃE WLADIA SILVA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.844

Nº PRONTUÁRIO 104.285

DATA DO ATENDIMENTO 15/09/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:15

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVÍCULA E

CID 10 S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

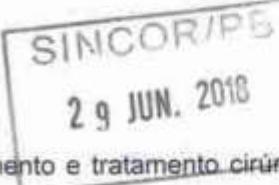
Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), encaminhado da cidade de Alhandra-PB, apresentando relato de dor + limitação de movimento nem articulação do ombro E, estava em baixa velocidade e caiu apoiando ombro no chão e bateu com a cabeça. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX do ombro E - AP e Obliquo

CONFERIDO COM O ORIGINAL



TRATAMENTO:

Fratura segmentar da clavícula E ao RX. Sem alteração à TC. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Rodriguez e Dr. Leopoldo Viana.

ALTA HOSPITALAR: 22/09/17

DATA DA EMISSÃO: 05/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CIRURGIANO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3153353 DATA DE EXPEDIÇÃO 02 SET

NOME PAGNER SILVA DOS SANTOS

Françisco Nunes dos Santos
Wladia Silva dos Santos

PATOS-PB 27-03-19

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. nasc. N° 27.802.flz.171v.liv.

DOC. ORIGEM Cart. de Patos-PB

CPF

JUÍZ: Patos — PEP

M. Nogueira
ASSINATURA DO DIRETOR / H

LEI N° 7.110 DE 29/08/83



ENCOR/PB
29 JUN. 2018

CONFIRMADO COM O ORIGINAL