

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDECI JOSE DE MEDEIROS

Nº Sinistro: 3180075891

Vitima: VALDECI JOSE DE MEDEIROS

Data do Acidente: 25/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180075891**.

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**

Carta nº 12393640



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDECI JOSE DE MEDEIROS  
Nº Sinistro: 3180075891  
Vitima: VALDECI JOSE DE MEDEIROS  
Data do Acidente: 25/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180075891**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALDECI JOSE DE MEDEIROS  
Nº Sinistro: 3180075891  
Vitima: VALDECI JOSE DE MEDEIROS  
Data do Acidente: 25/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180075891**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** VALDECI JOSE DE MEDEIROS  
**Nº Sinistro:** 3180075891  
**Vitima:** VALDECI JOSE DE MEDEIROS  
**Data do Acidente:** 25/08/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

**Assunto:** EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180075891**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

**Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180075891**

**Vítima: VALDECI JOSE DE MEDEIROS**

**Data do Acidente: 25/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), VALDECI JOSE DE MEDEIROS**

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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

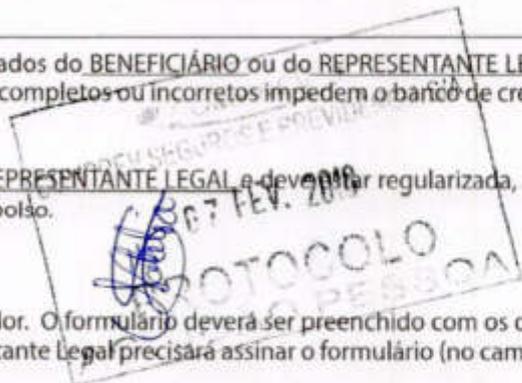
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

009.719.484-02

Nome completo da vítima

VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS</b>		CPF titular da conta <b>009.719.484-02</b>	Profissão <b>RECUSOU</b>
Endereço <b>RUA PROJSTADA</b>		Número <b>S/Nº</b>	Complemento
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>MASSARANDUBA</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58.120-000</b>
Email <b>RECUSOU</b>		Telefone (DDD) <b>(83) 9.8889-3447</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- RECUSO INFORMAR     
  SEM RENDA     
  ATÉ R\$ 1.000,00     
  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     
  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00     
  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00     
  ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237)   
  BANCO DO BRASIL (001)   
  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <b>0041</b>	D/V	CONTA NRO. <b>00427595</b>	D/V <b>6</b>
(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)	

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

**MASSARANDUBA, 05 de FEVEREIRO de 2018**

Local e Data

**Valdeci José de Medeiros**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA POUPANÇA  
COMPANHIA DE SEGUROS E SOBREVIVÊNCIA S/A  
67 FEV. 2018  
PROTOCOLO  
AC. 00427595-6



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 56100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000344/18

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000344/18 registrada em 22/01/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de janeiro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:20 horas, compareceu o Sr. VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS, com 51 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CUBATI - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão NÃO INFORMADO, portador da Cédula de Identidade Nº 1.700.723 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 00971948402, residindo à rua PROJETADA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

**Declarou que:**

Informa o declarante, que por volta das 20h30min do dia 25.08.2017, estava trafegando pela Rua João Pessoa, na área central de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125, FAN KS, ano/modelo 2010/2011, de cor Preta, chassi nº 9C2JC4110BR403264, de placa NKI-0078/PB, licenciada em nome de Mailton Bezerra Lima Gomes, o qual a vítima não consegue encontrá-lo para que o mesmo lhe forneça a declaração de propriedade da moto acima mencionada, quando foi atingido na parte traseira por um veículo de marca, cor, placa e condutor não identificado, fazendo com que o declarante perdesse o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo causador do veículo evadiu-se do local sem ser identificado; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Segunda-feira, 22 de Janeiro de 2018

*Valdeci José de Medeiros*

VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS

Declarante

*José Alberto do Nascimento*

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 56100-000 - 83-310-9300

OCORRÊNCIA Nº 000344/18

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000344/18 registrada em 22/01/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de janeiro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:20 horas, compareceu o Sr. VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS, com 51 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CUBATI - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão NÃO INFORMADO, portador da Cédula de Identidade Nº 1.700.723 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 00971948402, residindo à rua PROJETADA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

#### Declarou que:

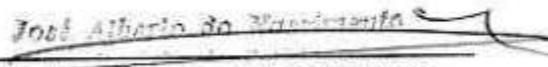
Informa o declarante, que por volta das 20h30min do dia 25.08.2017, estava trafegando pela Rua João Pessoa, na área central de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125, FAN KS, ano/modelo 2010/2011, de cor Preta, chassi nº 9C2JC4110BR403264, de placa NKI-0078/PB, licenciada em nome de Mailton Bezerra Lima Gomes, o qual a vítima não consegue encontrá-lo para que o mesmo lhe forneça a declaração de propriedade da moto acima mencionada, quando foi atingido na parte traseira por um veículo de marca, cor, placa e condutor não identificado, fazendo com que o declarante perdesse o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo causador do veículo evadiu-se do local sem ser identificado; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 22 de Janeiro de 2018



VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS

Declarante



JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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 interdita 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

VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS

CPF da Vítima

009.719.484-02

Data do Acidente

25/08/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

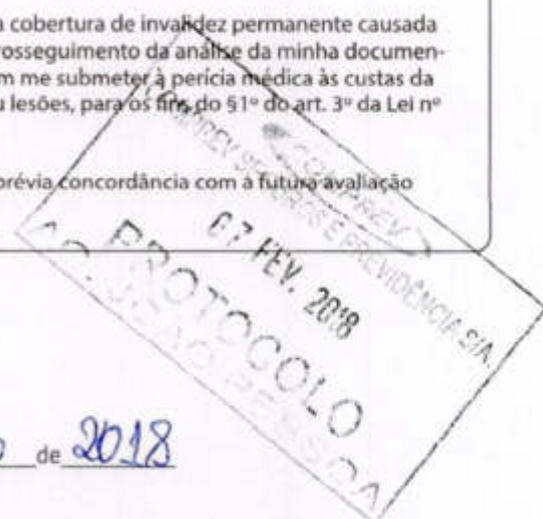
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha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

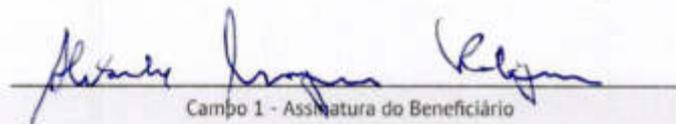
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º 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.

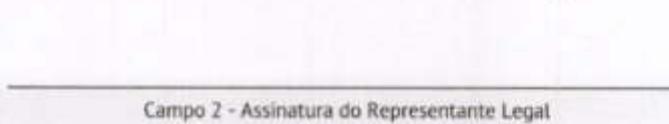
MASSARANDUBA, 05 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data





Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

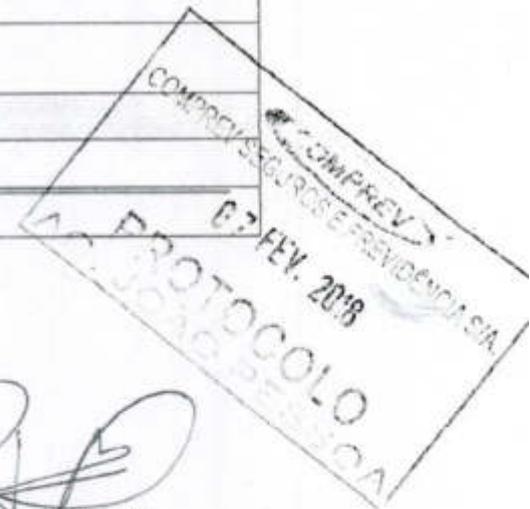
Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	25/8/2017	HORA:	21:20 HS	ID Nº:	1612113
NOME:	VALDECIR JOSÉ DE MEDEIROS				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	AV. JOÃO PESSOA				
COMPLEMENTO:	CENTRO				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 21 de dezembro de 2017.

Alexandre D. Nascimento  
SUPERVISOR  
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

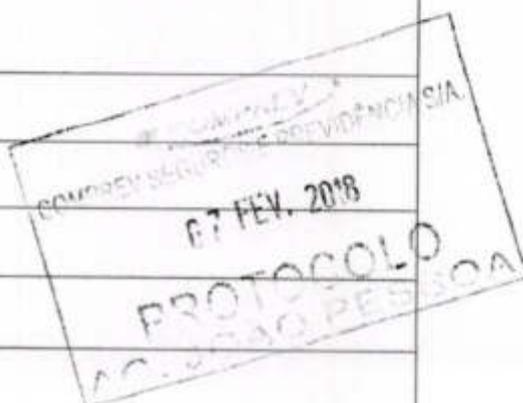
Eu, VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS,

RG nº 1.700.723, data de expedição 29 / 05 / 2008, Órgão SSP/PB,

CPF nº 009.719.484-02, venho perante a este instrumento declarar que não

posuo comprovante de 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)	RUA: PROJETADA
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	MASSARANDUBA
Estado	PARAIBA
CEP	58.120-000
Telefone de Contato	(83) 9.8889-3447 - (83) 9.9976-8160
E-mail	RECUSOU



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MASSARANDUBA - 05 DE FEVEREIRO DE 2018

Assinatura do Declarante:

Valdeci José de Medeiros

VALDECI JOSE DE MEDEIROS  
RUA PROJETA DA SILVA, CENTRO  
MASSARANDUBA / PB CEP: 58120000 (AID: 401)



Emissão: 18/12/2017 Referência: Dez / 2017

ENERGISA SORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL (R2) - Alca Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
Roteiro: 10-407-735-1870 Nº medidor: 0000009010 CNPJ: 06.928.596/0001-85 Insc. Est. 16.003.808-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.111.516  
Cód. para Déb. Automática: 00002720599

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	18/12/2017	17/01/2018	971948402 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **4/273265-9**

**Canal de contato**

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender.  
Nunca empine bolas perto dos fios da rede elétrica e não as retire caso fiquem pregadas na rede. É não de usar fitas metálicas para empinar bolas. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
07/11/17	0	18/12/17	80	41

**Demonstrativo**

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alq.	Íctes (R\$)	Base Calc.	Pro (R\$)	Celtes (R\$)
		Tratado	Taxa (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Por (R\$)	Por (R\$)	(1,4577%)	(2,104%)	
0801	Consumo em kWh	80,000	0,589210	47,16	47,16	25	11,78	47,16	0,21	1,00
0801	Ass. B Vermelha			4,55	4,55	26	1,13	4,55	0,02	0,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONT.BIBLUM PUBLICA			9,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC	Código de Classificação do Item	TOTAL	81,11	81,71	12,82	51,7*	0,22	1,08
----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
0	<b>26/12/2017</b>	<b>R\$ 61,11</b>

**Histórico de Consumo (kWh)**

RESERVADO AO RISCO

cf86.aef3.fb8b.2bb3.5103.5fea.d511.8489.

**Indicadores de Qualidade**

10/2017 - Campina Grande I

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
3C MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL 220
3C TRIMESTRAL	10,82		
3C ANUAL	21,23		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
3C MENSAL	3,30	0,00	
3C TRIMESTRAL	8,60		LIMITE SUPERIOR 221
3C ANUAL	12,20		
3MI	3,02	0,00	
3CR	12,22		

**Composição do Consumo**

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/BD	12,47	20,41
Compra de Energia	18,29	31,57
Serviço de Transmissão	0,88	1,13
Encargos Setoriais	5,92	9,21
Impostos Diretos e Encargos	23,84	38,88
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>61,11</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 10/2017) R\$0,00

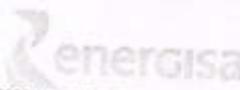
**ATENÇÃO**

- Leitura confirmada

**Faturas em atraso**



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES  
 RUA DR SEBASTIAO PEDROSA, 25 / A - MEIANTE  
 CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58475-45 (AO: 401)



Emissor: 08/01/2018 Referência: Jan / 2018  
 Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL  
 Roteiro: 3 - 401 - 199 - 3990 Nº medidor: 00008071234

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 Rua S. Sebastião Pedroso, 25 - Meianete - Trás Imedi - Campina Grande / PB - CEP 58403-700  
 CAP: 00.026.999/0001-85 Insu. Est. 10.000.538-1

Nota Fiscal / Contas de Energia Eletrônica Nº 000.026.257  
 Cód. por Dia: Automática: 020242868

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

Conta referente a: Jan / 2018  
 Apresentação: 08/01/2018  
 Data prevista da próxima leitura: 05/02/2018  
 CPF / CNPJ / RANI: 2784903443  
 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/242066-9

Canal de contato  
 - Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook com @energia e no Twitter @energisa, sempre sua opinião de gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leitura	Data	Leitura							
27/12/17	5432	08/01/18	5541	22						
<b>Demonstrativo</b>										
CC	Descrição	Quantidade	Taxa/R\$	Valor Base	Cód	Alc.	Imp. R\$	Ess. Calc	Por R\$	Cobrança
0001	Consumo em kWh	149,000	0,825000	123,17	02,17	27	25,16	93,17	0,76	9,80
0001	Abc. E Variáveis			4,87	4,87	27	1,31	4,87	0,34	0,18
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			12,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				110,09	98,24		26,47	99,94	0,93	10,98

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
 07 FEV. 2018  
 PROTOCOLO  
 AC. JOAO PESSOA

Média últimos meses (kWh): 142

**VENCIMENTO 15/01/2018**

**TOTAL A PAGAR R\$ 110,09**

Histórico de Consumo (kWh)

151 | 150 | 121 | 114 | 127 | 124 | 140 | 154 | 161 | 178 | 181 | 148  
 Dez/17 | Nov/17 | Out/17 | Set/17 | Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17

RESERVADO NO TIPO  
 8315.40d7.8fe6.b47c.1a6c.da03.063b.d27c.

Indicadores de Qualidade				Consumo de Consumo		
11/2017 - Campina Grande 1				Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	0,51	0,00	NOMINAL	24,39	22,14	
DC TRIMESTRAL	10,82					
DC ANUAL	21,29			27,51	25,29	
FC MENSAL	3,90			3,80	2,37	
FC TRIMESTRAL	8,60	0,00		11,48	10,43	
FC ANUAL	12,20			45,12	22,17	
SARC	3,03			0,00	0,00	
SICR	12,22	0,00				
				<b>Total</b>	<b>110,09</b>	<b>100,00</b>

**ATENÇÃO**

Faturas em atraso

BORBOREMA  
 Roteiro: 3 - 401 - 199 - 3990  
 Matrícula: 242066-2018-01-7

**VENCIMENTO 15/01/2018**

**TOTAL A PAGAR R\$ 110,09**



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 IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES inscrito (a) no CPF/CNPJ 027.849.034 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.719.484/02, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.719.484/02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

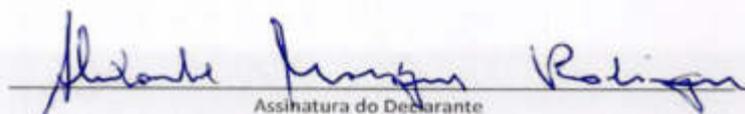
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA		Número	25	Complemento
Bairro	MIRANTE	Cidade	CAMPINA GRANDE	Estado	PB
				CEP	58.407-548
Email	alexandredpvt@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	(83) 3342-2471	
				Telefone celular (DDD)	(83) 9.9128-1980

CAMPINA GRANDE, 05 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

  
Assinatura do Declarante

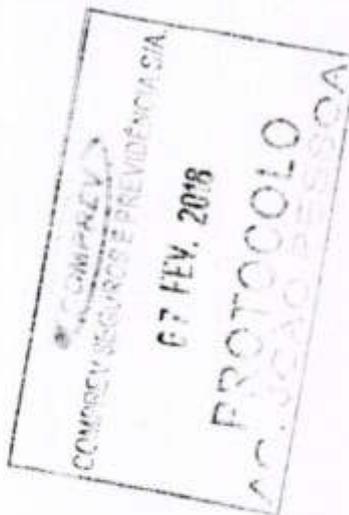




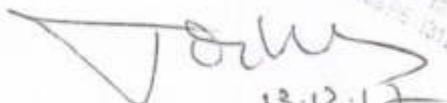
Prefeitura Municipal de  
**MASSARANDUBA**  
Terra do povo!

PREFEITURA MUNICIPAL DE MASSARANDUBA  
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL  
SANTA TEREZINHA

ATESTADO



Atesto por meio  
deste documento  
que, Wilfeci José  
de M. Macedo,  
em função do  
faturamento declarado  
em retardo de  
quarenta e cinco  
dias que se encontra  
em atraso - de acordo  
com suas obrigações  
p/ mês 02 (fevereiro) 2018  
R\$ 542

  
13-12-17



Secretaria Municipal de Massaranduba  
Hospital e Maternidade Santa Terezinha

**ATESTADO MÉDICO**

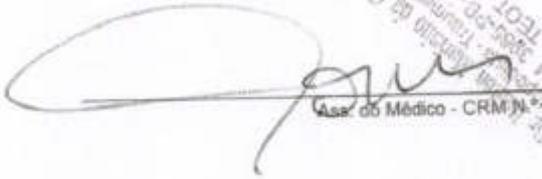
COMPANHIA SEGURIDADE PREVIDÊNCIA S/A  
07 FEV. 2018  
PROTOCOLO  
CÓDIGO PESSOA

Atesto que Juliana foi atendida  
Medicamentos

foi atendido(a) hoje, às \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) horas, necessitando de 7 dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0 822.3 (Anel de ouro)  
(ausente por)

Massaranduba, 11/10/17

  
Ass. do Médico - CRM N.º \_\_\_\_\_

Rua José Benício de Araújo, 260 - CEP 58120-000 - Centro - Massaranduba - PB



GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAUDE HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGENCIA PRONT (B.E) N°:1493370 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/08/2017

Atendente : Suelen Costa Santos

CEP:58120000 Nascimento:27/05/1966

PACIENTE: VALDECI JOSE DE MADEIROS

Endereço:IAO INFORMOUI

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Massaranduba

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA DA CONCEICAO

N°:0

RG: 1700723 CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:

CONVENIO:SUS

CPF: 00971948402

Idade:051

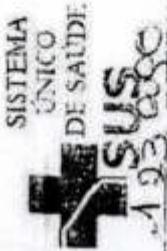
RG: 1700723

CNS:00571948402

Profissão:







ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UFS)

Nome: HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL SANTA TEREZINHA  
Código de Unidade: 2613611 CNPJ: 08.739.138/0001-19  
Endereço: Rua José Benício de Araújo, 260  
Município: Massaranduba CEP: 58120000 Estado: Paraíba UF: PB

PACIENTE: Alaide José de Medeiros Sexo: M  
Profissão: \_\_\_\_\_ Idade: 51

Endereço: A. Rangelada - Baixada Hora: 13:59  
Município: Massaranduba Estado: PB  
Data de Nasc: 07/05/66 Data do Atendimento: 28/08/17  
Nome da Mãe: Maria F. de Conceição Fone: \_\_\_\_\_  
CNS: 102509336911733 Documento: \_\_\_\_\_

ANAMNESES E EXAMES FÍSICOS (SUMÁRIOS)

Resumo de anamnese e exame físico  
Relato de sintomas e sinais  
Exame físico: PA = 150 x 90 mmHg, FC = 70 bpm, FR = 18 x min, TA = 100 x 60 mmHg

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

PA = 150 x 90 mmHg  
TA = 100 x 60 mmHg  
PA = 100 x 110 mmHg  
180 x 100 mmHg as 16h:20

MATERIAIS- MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Das 08h às 12h
2. Das 13h às 17h
3. Das 18h às 21h
4. Das 22h às 05h

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01- ELETIVO
- 02- URGÊNCIA
- 03- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- 04- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 05- OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 06- OUTROS TIPOS DE LESÕES ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO- descrição

DIAGNÓSTICO

CID. 10

MEDICACAO

- PRESCRITA
- APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- OBSERVAÇÃO
- INTERNAÇÃO
- ÓBITO
- RESIDÊNCIA
- OUTRO HOSPITAL
- OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO/PROCEDIMENTO


PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S)- carimbo

Luiziano P. Aguiar  
CBO MEDICO CRM  
CRM-PB 9275

ASS. DO PACIENTE /ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Maria Luíza S. Medeiros  
ASS. DO REVISOR TÉCNICO- carimbo

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO- carimbo

Obs!

20

14/25



F amarela 40mg IFR + NPSU 14/25  
repetir 50mg dep no sigora 14/25

~~Jerlande Vieira da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 636.646~~

15:35

Medicamento de emergência

Dr. Luciano F. Aguiar  
MÉDICO  
CRM-PB 9276

Drogam 10mg IFR 5/25

Jerlande Vieira da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 636.646

Feito

às 16:25

F amarela 40mg IFR + NPSU

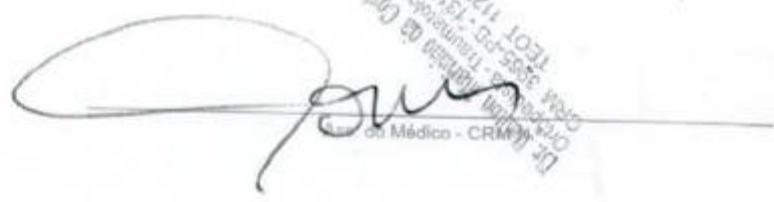
COMPLEXO DE SEGURANÇA E PROMOÇÃO S/A  
07 FEV. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOAO PESSOA

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que Jaques Jori de  
Medeiros  
foi atendido(a) hoje, às \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
horas, necessitando de 7 + 1 - 1 - 1 ( \_\_\_\_\_ )  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0 S22.3 (Amefor)  
(ausente for)

Massaranduba, 11 / 10 / 17

  
Dr. \_\_\_\_\_  
Médico - CRM \_\_\_\_\_

COMISSÃO SEGURANÇA PATRIMÔNIO SIA  
07.FEV.2018  
PROTOCOLO  
AC. SIAO/PE/SIA



Prefeitura Municipal de  
**MASSARANDUBA**  
Terra do pavão

PREFEITURA MUNICIPAL DE MASSARANDUBA  
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL  
SANTA TEREZINHA

ATESTADO

Atesto para os  
devidos fins  
que, Wilton José  
de Medeiros,  
em fato  
de fato declaro  
em nome de  
ausência, ou seja  
nos meses  
de férias - 15 dias  
por mês 60 (sessenta) dias  
em 592

Prefeitura Municipal de Massaranduba - PE  
RUA DA PAZ, 1201 - 12103  
MASSARANDUBA - PE 55010-000

  
13.12.17

COMPANHIA  
COMPREV SEGURAS E PREVIDENCIA S/A  
07.FEV. 2018  
PROCOLO  
AC. JOAO PESSOA

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que

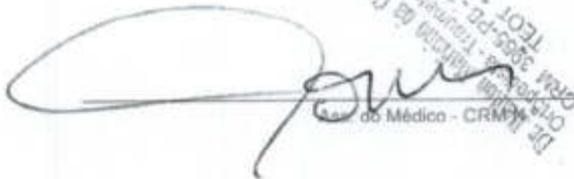
Joffei foi de  
neuro

foi atendido(a) hoje, às \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

horas, necessitando de 7 + 1 - 1 - 1 ( \_\_\_\_\_ )

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S42.0  
S22.3(ausência  
resença)Massaranduba, 11 / 10 / 17  
do Médico - CRM



**Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti** CREFITO 6637  
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia  
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415  
TJPB - Habilitada para realizar Pericias DPVAT

## LAUDO CINESICO FUNCIONAL

**Nome:** Valdeci José de Medeiros  
**Endereço:** Rua. Projetada. Sn. Centro. Massaranduba. PB

**Data do Sinistro:** 25 de agosto de 2017.

**Descrição da vítima:** Acidente de Moto.

Procurou atendimento depois de três dias quando não suportava mais as dores. Quando foi ao Hospital e Maternidade Municipal Santa Terezinha na cidade de Massaranduba, PB, conforme em anexo. Foi atendido no dia 28 de agosto de 2017.  
Apresentando: fratura de clavícula esquerda.

**Tratamento:** conservador: imobilização.

**Sequela apresentada ao exame físico:**

**Ombro Esquerdo**

- Fratura viciosamente consolidada
- Limitação para movimento articular do ombro
- Dores aos movimentos do ombro
- Déficit de força
- Não consegue pegar em objetos e levantar

**Conclusão:** Sequela do **Ombro Esquerdo** em grau moderado com déficit funcional e anatômico em 40%.

Campina Grande, 22 de janeiro de 2018.

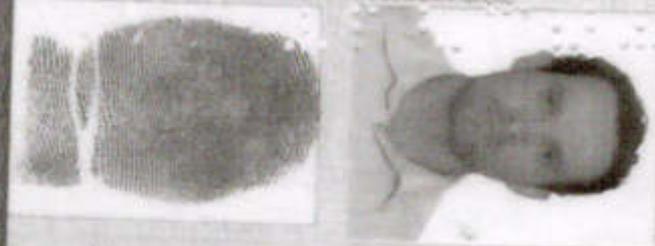
*Sonaly de Fatima Cavalcanti*

Dra. Sonaly de F Cavalcanti  
 CREFITO 6637 ABFF 145



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL  
 INSTITUTO DE POLICIA CIVIL  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

V-02  
 P-234



*Alexandre Marques Rodrigues*  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.039.345 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 26/11/2013

NOME ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

FILIAÇÃO NEURI RODRIGUES DE SOUZA  
 MARIA DE LOURDES MARQUES RODRIGUES

NATALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 30/06/1977

DOC ORIGEM  
 NASC.N.0936 FLS.135 LIV.002  
 CARTORIO MASSARANDUBA-PB

CPF 027.849.034-43

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 2008-93

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL  
 INSTITUTO DE POLICIA CIVIL  
 27 FEV. 2018  
 PROTOCOLO  
 AC. JOAO PESSOA

PB Nº 012710589283 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETRAN - PB Nº 012710589283  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 0025964548-0 00/00000000 EX 2015

MAILTON BEZERRA LIMA GOMES

058 87336447 NQI0078/PB

NOV 0 CA ANT / UF PB 9C2JC4110BR403264

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG M125 PAN KS 2010 2011

7 P/124 /CI PARTIC PRETA DOMINANTE

IPVA PAGO EM 11/08/2016 VENC / COTAS  
1ª  
P  
V \*\*\*\*\* 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª  
A 3ª

PREMIO \*\*\*\*\* SEGURO PAGO 11/08/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMPIN 333 11/08/2016 35556

2016 11/08/2016

05887336447 NQI0078/PB

00259645486 HONDA/CG M125 PAN KS

2010 CAT 9 9C2JC4110BR403264

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENOMINACAO CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIDOR REGISTRO (R\$)

PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITACAO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

35556-1209334-20160811

COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
07 FEV. 2018  
PROTOCOLO  
ACAO PESSOA

PARA LIDER

VITIMA: VALDECI JOSE DE MEDEIROS

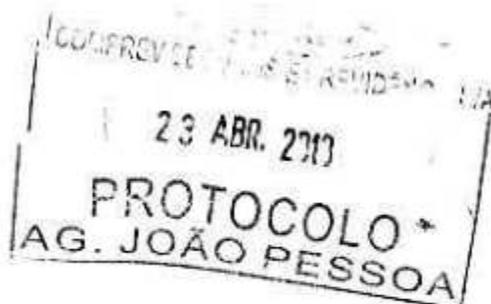
BNEFICIARIO: VALDECI JOSE DE MEDEIROS

SINISTRO N° 3180/075891

Por essa carta venho INFORMAR a impossibilidade de apresentar a declaração de propriedade da moto envolvida no acidente, haja vista, não conseguir localizar o proprietário da moto, pois o mesmo se encontra em local incerto, como foi mencionado na certidão de ocorrência anexa ao processo, ficando impossível de fornecer as informações que vocês da líder estão exigindo, principalmente, essa declaração, assim, pessoa a compreensão de vocês da Lider, para que possa dar prosseguimento ao meu processo.

Massaranduba-PB, 06 de Abril de 2018.

Valdeci José de Medeiros



Para líder  
vítima e Beneficiário

Sinistro Nº 3180/075891



Por esta carta venho informar a impossibilidade de apresentar a declaração de probabilidade da moto envolvida no acidente. Na hora vista, não consegui localizar o para-brisa traseiro da moto, pois o mesmo se encontra em local incerto, como foi mencionado na certidão de ocorrência anexa ao processo, ficando impossível de fornecer as informações que vocês da líder estão exigindo, principalmente, essa declaração, pois o mesmo é pessoa desconhecida da vítima e da família, assim como a cambursão de vocês da líder, para que possa dar prosseguimento ao meu processo.

massaranduba-Pb, 01 de Junho de 2018

Valdeci José de Medeiros

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
07 FEV. 2018  
PROTOCOLO  
DO PESSOAL

## Procuração Particular

SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos primeiro (01) dias mês de fevereiro do ano de Dois Mil e dezoito (2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. VALDECI JOSE DE MEDEIROS, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade nº 1.700.723-SSP/PB, e CPF. nº 009.719.484-02, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/nº - no centro da cidade de Massaranduba-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.

Campina Grande-PB, 01 de Fevereiro de 2018.



*Valdeci José de Medeiros*

OUTORGANTE

**6º** **Serviço Notarial e Tabelionato**  
Rua Marechal do Herval, 16 - Loja B - Galeria Ed. Lucas - Campina Grande - PB  
CEP: 57100-000 - Fone: (33) 3341-0000

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
VALDECI JOSE DE MEDEIROS  
Dou fe. Campina Grande/PB - 01/02/2018  
Substituta: NELIA MELLO LUCAS  
Emol R\$9,48 Farpem R\$0,28 MP R\$0,15 Fepej R\$1,74  
Selo Digital: AG 676731-JD75  
Acesse o site <https://selo.digital.ipojus.br>

**NOTARIAT**  
OFÍCIO NOTARIAL  
Rua Marechal do Herval, 16 - Galeria Ed. Lucas  
Campina Grande - PB

*Nelia Mello Lucas*  
Tabela Substituta  
Cartório do 6º Ofício  
Campina Grande-PB

07 FEV. 2018

PROCOLO

**Procuração Particular**

SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos primeiro (01) dias mês de fevereiro do ano de Dois Mil e dezoito (2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. VALDECI JOSE DE MEDEIROS, brasileiro, casado, portador da Carteira de Identidade nº 1.700.723-SSP/PB, e CPF. nº 009.719.484-02, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/nº - no centro da cidade de Massaranduba-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.

Campina Grande-PB, 01 de Fevereiro de 2018.



*Valdeci José de Medeiros*

**OUTORGANTE**

**6º**

Rua Marques do Herivel, 16 - Loja 5 - Galeria  
 Ed. Lucas - Campina Grande - PB  
 CEP: 58100-020 - Fone: (31) 3341-2020

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**VALDECI JOSE DE MEDEIROS**  
 Dou fe. Campina Grande/PB - 01/02/2018  
 Substituta: NELIA MELLO LUCAS  
 Emol R\$9,48 Forpen R\$0,28 MP R\$0,15 Fepej R\$1,74  
 Selo Digital AGG76791-JD7S  
 Acesse o site <https://fclodigital.sp.gov.br>

*Nelia Mello Lucas*  
 Tabela Substituta  
 Cartório do 6º Ofício  
 Campina Grande-PB