

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

Carta nº 12720225



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 e 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:

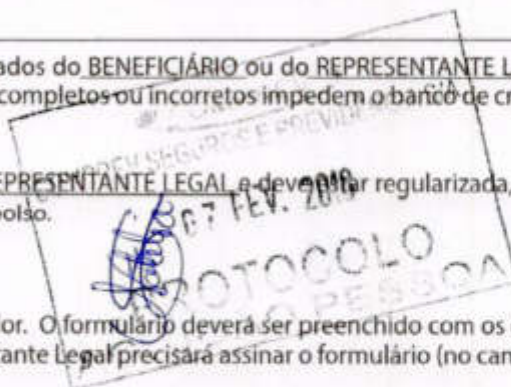
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (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 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





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 Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 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 - 58100-000 - 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 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

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 §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.

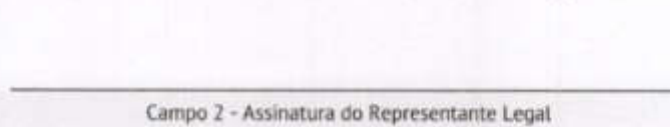
MASSARANDUBA, 05 de FEVEREIRO de 2018

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				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 21 de dezembro de 2017.


Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

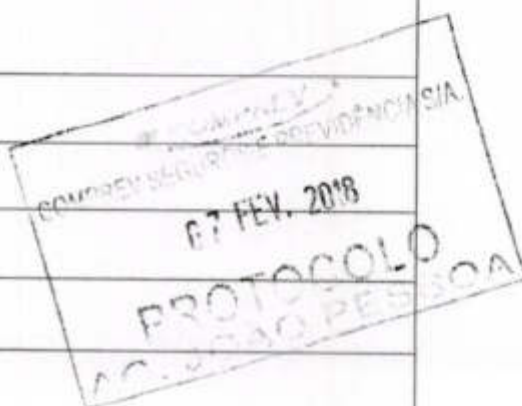
Eu, VALDECI JOSÉ DE MEDEIROS,

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

posso comprovar 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:

Alexandre Figueira de Sousa

VALDECI JOSE DE MEDEIROS
RUA PROJETADE, 511 - CENTRO
MASSARANDUBA / PB CEP: 58120000 (AO: 401)

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

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL (M240-4000) Alca Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
Roteiro: 10-407-735-1870 Nº medidor: 0000000010 CNPJ: 06.928.596/0001-85 Insc. Est. 16.003.805-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.111.516
Cód. para Déb. Automática: 00002722699

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: 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

UC (Unidade Consumidora): 4/273265-9

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender.
Nunca empine bolas perto das fiação 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									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cota	Alq	Imposto (R\$)	Base Calc. Pro(R\$)	Cálculo (R\$)
				Tratado (Tarifa)	ICMS (R\$)	ICMS	Pro (R\$)	(1,4577%) (2,1054%)	
0801	Consumo em kWh	80,000	0,589210	47,16	47,16	25	11,75	47,16	0,21
0801	Adc. B Vermelha			4,55	4,55	25	1,13	4,55	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTABILIZACAO PUBLICA			9,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,11 81,71 12,92 51,7* 0,22 1,08

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

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	10,62		
3C ANUAL	21,25		
3C MENSAL	3,30	0,00	CONTRATAÇÃO
3C TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR 202
3C ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR 221
3C MENSAL	2,02	0,00	
3C TRIMESTRAL	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/ED	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	21,84	38,28
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,11	100,00

Valor em USD (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: 58407545 (AO: 401)

Emissão: 08/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
Roteiro: 3 - 401 - 199 - 3990 Nº medidor: 0000071234

ENERGISA BOMPREM - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Alça Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58403-700
CNPJ: 06.9960001-85 Insu. Est. 10.000.538-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 000.006.257
Cód. por DAB: Automática: 93002428689

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

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

UC (Unidade Consumidora): 4/242066-9

Canal de contato

- Compartilhe sua energia compacta também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook: @energisa e no Twitter: @energisa, sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 27/12/17	Leitura 5432	Data 08/01/18	Leitura 5541	

Demonstrativo									
CO	Descrição	Quantidade	Taxa/Valor	Base	Cód.	Alto	unidade	RE	Base
0001	Consumo em kWh	140,000	0,825222	93,17	93,17	27	25,16	93,17	0,76
0001	Adic. B. Variável		4,87	4,87	27			4,87	0,34
0001	CONTRIB. LUM. PÚBLICA		12,05	0,00	0		0,00	0,00	0,00

CO: Código de Classificação do item		TOTAL	110,09	98,04	26,47	98,04	0,83	2,50
-------------------------------------	--	-------	--------	-------	-------	-------	------	------

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENORAL	0,51	0,00
DC TRIMESTRAL	10,82	0,00
DC ANUAL	21,29	0,00
PC MENORAL	0,50	0,00
PC TRIMESTRAL	8,60	0,00
PC ANUAL	12,20	0,00
DAC	3,03	0,00
DCA	12,22	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia	24,39	22,14
Consumo de Energia	27,51	24,99
Consumo de Energia	3,80	3,47
Encargos de Transmissão	11,49	10,43
Encargos de Distribuição	49,12	44,61
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	110,09	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

BOMPREM
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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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 alexandredpvat@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!

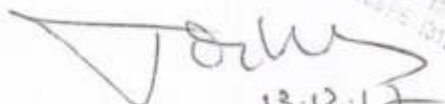
PREFEITURA MUNICIPAL DE MASSARANDUBA

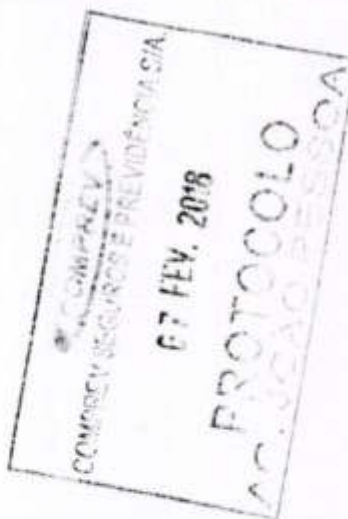
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL

SANTA TEREZINHA

ATESTADO

— Afeto por os
devidos por
que, Wilton José
H. Macedo,
em fato um
se fatura de clonagem
em retorno de
ausência, ou seja
um que se
medicinas - se refiro
seus filhos (filhos)
7/ mais 60 (sessenta) dias
em 542

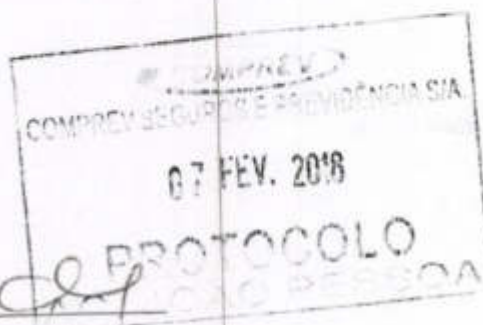

13.12.12





Secretaria Municipal de Massaranduba
Hospital e Maternidade Santa Terezinha

ATESTADO MÉDICO



Atesto que Valter foi atendido
Medicamento

foi atendido(a) hoje, às _____ (_____)


horas, necessitando de 7 + 1 - 1 - 1 - 1

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0
S22.3

Amidamento
na coluna

Massaranduba, 11 / 10 / 17


Ass. do Médico - CRM N.º _____

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome	Vardeci Jose de medeiros		
End:	Bairro: meserolube		
Data de Nascimento:	27.05.66	Documento de Identificação:	
Queixa	Acidente Data do Atend.: 25.07.17 Hora: 22.20 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

de risco

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Wladimir P. de Medeiros
Enfermeiro
CRMEN 135.980

Assinatura e carimbo do profissional

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ORTOPEDIA 26/03 01:00h

Paciente de trauma C/ dor em ombros (E)

Ao exame: ADM MS E presen-
vado + dor em ombros (E)R-X Tx A13 mudo do úlcere
(E)

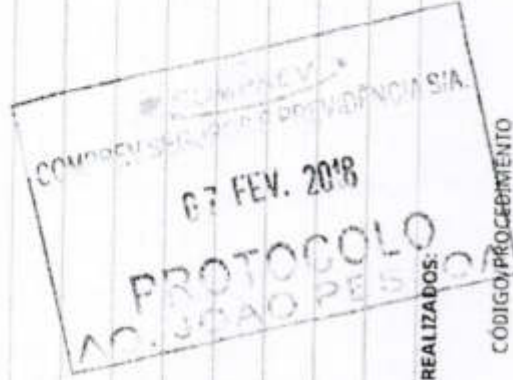
Cel: Osteíteis + fraturas

Involução tip 'C'

Análise da:

Retorno ambulatorial

A/C de C. Gref

LIGACÃO E SINALIZAÇÃO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CSA1 - PB 5002

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () Já revela

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE

CBO

F enervando 40mg 1FA + NPSU 14/25
repletivo 50mg dep 100 sigora 14/25

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

Dr. Luciano R. Aguiar
MÉDICO
CRM-PB 9276

15:35

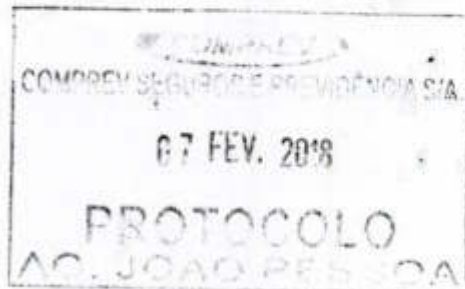
D. vergam 10mg 1FA 5H

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

Feito

às 16:25

F enervando 40mg 1FA + NPSU



ATESTADO MÉDICO

Atesto que Jaques Jori de
Measur
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

(Amelhorado
reusado for)

Massaranduba, 11 / 10 / 17


Dr. [Illegible] - CRM [Illegible]

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

Artexpress 3322.8291





Prefeitura Municipal de

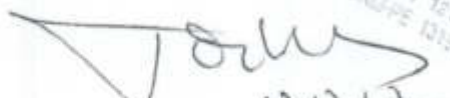
MASSARANDUBA

Terra do pavão

PREFEITURA MUNICIPAL DE MASSARANDUBA
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL
SANTA TEREZINHA

ATESTADO

Atesto por ser
devidos pois
que, Wilkesi Joie
H. Medeiros,
em fato unito
de fato de clorinha
em retorço de
ausência, ou seja
nao querendo
medicinas - de retorço
seus filhos foram
7/ mais 60 (sessenta) dias
em 542


13.12.17



ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Talked for 2p

Atesto que Verónica
Reclus

foi atendido(a) hoje, às _____ (_____)

horas, necessitando de 7 + 1 - 1 - 1 - 1)

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

$$\begin{array}{r} 542.0 \\ 822.3 \end{array}$$

(Am 4/20/20
Kensen for)

Massaranduba.

11 | 10 | 17

[Handwritten signature]
Ass. do Médico - CRM

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A.
07.FEV.2018
PROTOCOLO
12. JOAO PESSOA



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

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

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

DOC ORIGEM
NASC.N.0936 FLS.135 LIV.002
CARTÓRIO MASSARANDUBA-PB
CPF 027.849.034-43

Alexandre Marques Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 2006-93

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
67 FEV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

PB Nº 012710589283 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2016 11/08/2016

05887336447

NQI0078/PB

00259645486 HONDA/CG 125 FAN KS

2010 9 9C2JC4110BR403264

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DESCRIÇÃO

CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SERVIÇO PRESENCIAL

PAGAMENTO

DATA DE COTAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

35556-1209334-20160811

DETRAN - PB

Nº 012710589283

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 1 00259645486 00/00000000 EX 2015

MAILTON BEZERRA LIMA GOMES

058 87336447

NQI0078/PB

NOV 0 CA ANT / UP PB 9C2JC4110BR403264

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2010 2011

2P P/124 /CI

PARTIC

PRETA DOMINANTE

IPVA PAGO EM 11/08/2016

VENC / COTAS

1
P
V
A

1º
2º
3º

PREMIO ANUAL SEGURO PRESENCIAL 11/08/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDA PARA TRANSFERENCIA

CAMPIN

333

11/08/2016

35556

COMPROVANTE DE PREVIDENCIA SIA
07 FEV. 2018
PROTOCOLO
ACAO PESSOA

PARA LIDER

VITIMA: VALDECI JOSE DE MEDEIROS

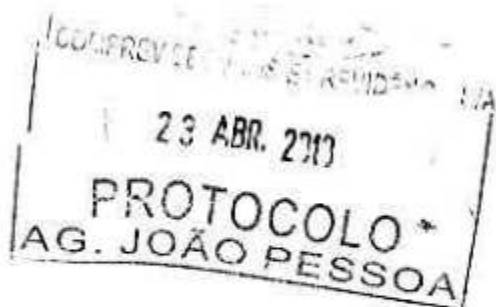
BNEFICIARIO: VALDECI JOSE DE MEDEIROS

SINISTRO Nº 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 Jose de Medeiros



Para lider

vitima e Beneficiario

Sinistro Nº 3180/075891



Por esta carta venho informar a impossibilidade de apresentar a declaração de probabilidade da moto envolvida no acidente. Na visita, não consegui 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 lider estão exigindo, principalmente, essa declaração, pois o mesmo é pessoa desconhecida da vítima e da família, assim como a elaboração de vocês da lider, para que possa dar prosseguimento ao meu processo.

Massaranduba-PB, 01 de Junho de 2018

Valdes José de Medeiros

07 FEV. 2018

Procuração Particular

PROTOCOLO
DO PESSOAL

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 Oficial**
Rua Marquês do Herval, 16 - Loja B - Galeria Ed. Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 56100-000 - Fone: (31) 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 Forpen R\$0,28 MP R\$0,15 Fepl R\$1,74
Selo Digital AGG76731-JD7S
Acesse o site <https://selo.digital.ipojus.br>

NOTARIAT
OFÍCIO
Rua Marquês do Herval, 16 - Loja B - Galeria Ed. Lucas - Campina Grande - PB

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

COMPANHIA DE SERVIÇOS DE PROVEDORIAS

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 Jose de Medeiros

OUTORGANTE

6º

8º OFÍCIO DE NOTAR

Rua Marques do Herivel, 16 - Loja 5 - Galeria
Ed. Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 58100-020 - Fone: (31) 3241-2020

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

VALDECI JOSE DE MEDEIROS

Dom 5º: Campina Grande/PB - 01/02/2018

Substituta: NELIA MELLO LUCAS

Emol R\$9,48 Forpen R\$0,28 MP R\$0,15 Fepe R\$1,74

Selo Digital AGG76791-JD7S

Acesse o site <https://fclodigital.sp.gov.br>

Nelia Mello Lucas

NOTARIA

8º OFÍCIO DE NOTAR

Rua Marques do Herivel, 16 - Loja 5 - Galeria Ed. Lucas

Campina Grande-PB

Nelia Mello Lucas

Tabela Substituta

Cartório do 8º Ofício

Campina Grande-PB