

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOALDO SILVA DO VALE**

Nº Sinistro: **3180040499**

Vitima: **JOALDO SILVA DO VALE**

Data do Acidente: **26/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CANDIDO MACEDO NORTE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180040499**.

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 12295040



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOALDO SILVA DO VALE

Sinistro: 3180040499  
Vítima: JOALDO SILVA DO VALE  
Data do Acidente: 26/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CANDIDO MACEDO NORTE

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180040499** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOALDO SILVA DO VALE  
Nº Sinistro: 3180040499  
Vitima: JOALDO SILVA DO VALE  
Data do Acidente: 26/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CANDIDO MACEDO NORTE

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180040499**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência 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, 17 de Maio de 2018

Carta nº: 12816491

A/C: JOALDO SILVA DO VALE

**Nº Sinistro:** 3180040499  
**Vítima:** JOALDO SILVA DO VALE  
**Data do Acidente:** 26/08/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CANDIDO MACEDO NORTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOALDO SILVA DO VALE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000051972-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

15 JAN. 2018

PROTÓCOLO  
105.257.754-71

**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 a liberação do crédito e 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:**

Autorização de pagamento



**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  
105.257.754-71

Nome completo da vítima  
Joaldo Silva do Vale

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

Nome completo	Joaldo Silva do Vale		CPF titular da conta	105.257.754-71	Profissão	Agricultor
Endereço	Heracio Leirna		Número	5A	Complemento	Casa
Bairro	Centro	Cidade	Cacimbas de Dentro		Estado	PB
Email					CEP	58230-000
					Telefone (DDD)	

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.  D/V    
 CONTA NRO.  D/V

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Name  NRO   
 AGÊNCIA NRO.  D/V    
 CONTA NRO.  D/V

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.

João Pessoa 10 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Joaldo Silva do Vale  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474

313-342684515-8

09/NOV/2017 HORA DE 17:33:38

LOT: 13.10766-2 TERM: 013379  
LOCALIDADE: CACIMBA DE DENTRO  
AG. VINCULADA: 003B CONTROLE: 67601858

DEPÓSITO EM DINHEIRO

003B 013 00051972-2

JOÃO DO SILVA DO VALE

VALOR



ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

313-342684515-8

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

18 VBA

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 15 JAN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
21ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE CACIMBA  
DE DENTRO/PB

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº 210/2017

DESCRIÇÃO:

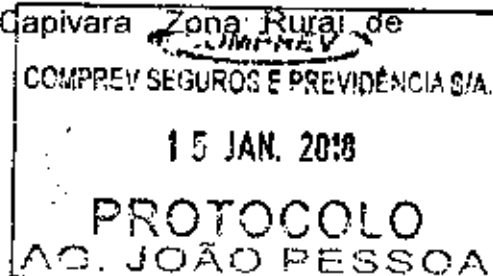
Aos Trinta (30) dias do mês de Outubro do ano de **dois mil e Dezessete (2017)**, nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, **comigo** escrivão de Polícia Civil, aí pelas 12h:05min, compareceu o (a) Senhor (a)

**Nome: JOALDO SILVA DO VALE, Idade: 25 anos, nascido em 25/01/1992, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Cacimba de Dentro/PB, Estado solteiro, Profissão: agricultor, Filiação: João Batista Vicente do Vale e Marineide Silva do Vale, Endereço: Rua Sítio Capivara, Zona Rural de Solânea/PB**

**DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:**

RG: 3820718 SSP/PB

CPF: 105.257.754.71



**HISTORICO**

Noticiou: Que no dia 26 de agosto de 2017, por volta das 22:30 horas no Sítio lagoa de onça, mais precisamente na PB 111, que liga a CIDADE DE Cacimba de Dentro a cidade de Solânea/PB estava pilotando uma motocicleta de marca HONDA CBX 250 TWISTER, ANO MODELO 2002, COR VERMELHA, PLACA MOP 8643 /PB, CHASSI 9C2MC35002R026980; Que se encontra em nome de GENILSON NUNES DE FREITAS; Que não percebeu a curva e sobrou perdendo o controle da referida moto caiu e foi socorrido pelo SAMU da cidade de Cacimba de Dentro/PB para o hospital da referida cidade, onde passou noite em observação e no dia seguinte foi transferido para o hospital de pronto socorro de fraturas da cidade de Guarabira onde 03 dias internado e passou por cirurgia no braço esquerdo; Que apresenta como testemunhas o Sr GENILSON NUNES DE FREITAS portador da RG 4020605 SSP/PB Residente na Rua Horacio Lima sn Bairro da Palmeira, Cacimba de Dentro/PB e a Sr Reginaldo Francelino Bezerra, portador da RG nº1248792 SSP/PB Residente a rua Alfredo Barela sn Centro Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 30 Outubro de 2017

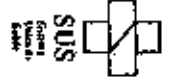
Assinatura do (a) noticiante

Evangelista Xavier Luna

Boletim de ocorrência  
1 1



ESTADO DA PARAÍBA  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA



### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA

CÓDIGO DO CNES: 2613409 CNPJ: 08.929.648/0001-59

ENDEREÇO: RUA SEVERINO CÂMARA DA CUNHA

MUNICÍPIO: CACIMBA DE DENTRO ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Paulo Silva de Melo SEXO: M IDADE: 25

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: RG: 3.820.118.540.51193

ENDEREÇO: St. São Lucas ESTADO: Paraíba UF: PB

MUNICÍPIO: Cacimba ESTADO: Paraíba UF: PB

CÓDIGO DO IBGE MUNICÍPIO: 5316003 CNS: 30000092813002

DATA DE NASC.: 5/01/92 DATA DO ATENDIMENTO: 26/02/17

RAÇA / COR

1-BRANCA  2-PRETA  3-PARDA

4-AMARELA  5-INDÍGENA  99-SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PRESSÃO ARTERIAL: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

Exame físico normal  
paciente em boas condições  
sem queixas

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

Exames realizados em laboratório  
Exames realizados em laboratório

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS Nº: \_\_\_\_\_

1. 5 Fost. 500mg 100mg 100mg

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01- ELETIVO
- 02- URGÊNCIA
- 03- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DE EMPRESA
- 04- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 05- OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSFERÊNCIA E PREVIDÊNCIA S/A.
- 06- OUTROS TIPOS DE LESÕES ECONÔMICAS E POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS.

PROCEDIMENTO - descrição:

PROTÓCOLO  
MS. JOÃO PESSOA

DIAGNÓSTICO:

Ans. de S. de 20/10

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
<input type="checkbox"/> PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO
<input type="checkbox"/> APLICADA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL
	<input type="checkbox"/> ÓBITO
	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

Carimbo do profissional

CNS

CBO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

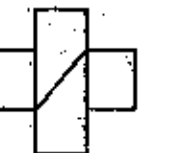
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Carimbo do paciente





ESTADO DA PARAÍBA  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA



SUS  
 Sistema  
 Único de  
 Saúde

EVOLUÇÃO-TERAPÊUTICA

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Nº Reg. \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Lot: \_\_\_\_\_

DATA	EVOLUÇÃO	TRATAMENTO	RELATÓRIO EM ENFERMAGEM
			23:30h Paciente Wilson de acidente de moto, apresentando trauma de membros superiores PA: 100x 30mmHg
			acompanha de ferimento na punha esquerda
			sem engorços Feito o diagnóstico
			diagnóstico de ferimento em punha esquerda
			Próximos exames: VHS, Exame de Urina
			Paciente internado em UTI
			Após 48h em UTI

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
 5 JAN 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA

*[Handwritten Signature]*  
 ENFERMEIRA  
 SISTEMA UNICO DE SAUDE



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joaldo Silva do Vale,

RG nº 3.820.718, data de expedição 04/01/20, Órgão SSP. PB.,

CPF nº 105.257.754-71, venho perante a este instrumento declarar que não possuo 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:

Comprovante de residência



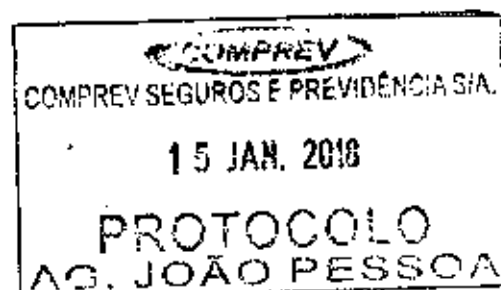
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Horácio Lima</u>
Número	<u>54.</u>
Apto / Complemento	<u>Casa.</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Palmeira de Gentio</u>
Estado	<u>Paraíba.</u>
CEP	<u>58.230.000</u>
Telefone de Contato	<u>88.9 8769.6065.9.9365.5161</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Palmeira de Gentio PB, 19.12.17.

Assinatura do Declarante:

Joaldo Silva do Vale



ELIZABETH NUNES DE FREITAS  
RUA HORACIO LIMA, S/N - CENTRO  
CACHOEIRA DE CENTRO / PB CEP: 58230000 (A0 82)



Emissão: 13/09/2017 Referência: Set/2017  
Classif. Subst.: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: B - 45 - 630 - 8160 Nº Medidor: 00000593821

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-230, Km. 25 - Codo Redenção - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ: 06.183.000/1-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conto de Energia Elétrica Nº 000415757  
Código de Verificação: 00081743673

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Set / 2017	13/09/2017	11/10/2017	71917928472

UC (Unidade Consumidora): **5/174367-3**

Canal de contato

Após acessar [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) com o código de acesso, você terá acesso a informações que precisa com agilidade e facilidade. São várias opções disponíveis, como segundo via da conta, mudança de planilha de leitura, consulta a débitos, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/08/17	14094	13/09/17	14194		100	30
<b>Demonstrativo</b>						
CCI	Descrição	Quantidade Tarifar	Valor Base Calc.	Imp. Icos(%)	Base Calc. Pn(R\$)	Coeficiente
0801	Consumo em kWh	100,000 0,047080	54,70	04,70 25	18,17	04,70 0,30
0901	Adc. B. Vermeão		2,31	2,31 25	0,69	2,31 0,01
0901	Adc. B. Antares		1,21	1,21 25	0,30	1,21 0,00
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>						
0901	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA		5,00	0,00 0	0,00	0,00 0,00
CCI	Código de Classificação do Setor	TOTAL	73,22	59,02	17,05	59,27 0,31 1,43

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 15 JAN. 2018  
 M. JOÃO PESSOA  
 PROTOCOLO

Média últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
116	<b>20/09/2017</b>	<b>R\$ 73,22</b>

Histórico de Consumo (kWh)

107	117	112	124	120	105	115	112	134	111	84	100
Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16

RESERVADO AO FISCAL  
7aef.138e.e5c4.ef93.2333.77e5.0894.ed5d.

Indicadores de Qualidade		Comparativo	
Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)	Valor (%)
DC MENSAL	0-47	NOMINAL	220
DC TRIMESTRAL	12-59		
DC ANUAL	24-69	100% - 105%	202
DC MENSAL	2-45		
DC TRIMESTRAL	14-54	100% - 105%	231
DC ANUAL	16-60		
DC MENSAL	16-60		
DC ANUAL	16-60		

**ATENÇÃO**

AVISO: Permitindo em atraso os DÉBITOS ANTERIORES, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até a quitação do prazo de 30 (trinta) dias contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

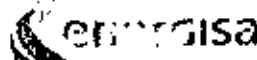
Regulamento Tarifário - Agência 2009/17-Res. ANEEL nº 2.281 - Taxa Tensão 13,04% Média

Regulamento Tarifário - Agência 2006/17-Res. ANEEL nº 2.251 - Taxa Tensão 15,08% Média

Atualizado em: Ago/15 48,38

Comprovante de residencia  
 1 1011100 101 11011 1 1 11 1001

CINICIO MACEDO NORTE  
 AV MAL FLORES NO PEXOTO, S/N / OD 27 LT 17 - SERROTAO  
 CAVERNA GRANDE / PB CEP: 53100000 (AG: 401)



Emissão: 22/09/2017 Referência Set / 2017  
 Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL, FRENTE 02/027 - AL4 Setor: - Cidade: Camoá Grande / PB - CEP: 53423-700  
 Roteiro: 13 - 401 - 701 - 4370 Nº medidor: 00005107249

ENERGISA NORDESTE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 CNPJ: 05.826.596/0001-95, Insc. Est.: 15009.339-1

Atividade Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 000 155 009  
 Cód. para Trib. Aut. em 4/11/04: 09007681434

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Set / 2017	22/09/2017	24/10/2017	8700796468

UC (Unidade Consumidora) 134

Canal de contato

Ao acessar www.energisa.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, de acordo com a sua conta, mudança de titularidade, religião, consulta de débitos, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura	1	31	30				
22/09/17	63	22/09/17	94							
<b>Demonstrativo</b>										
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alto	Reajuste (R\$)	Base Calc	Porcentagem (R\$)	Valor (R\$)	
0001	Custo de Disponibilidade			44,74	0,00	0	0,00	44,74	0,25	1,07
0001	Adic. B. Vermelha			0,01	0,00	0	0,00	0,01	0,01	0,03
0001	Adic. B. Amarela			1,55	0,00	0	0,00	1,55	0,01	0,06
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>										
0004	JUROS DE MORA 07/2017			0,08	0,00	0	0,00	0,08	0,00	0,03
0004	JUROS DE MORA 09/2017			0,18	0,00	0	0,00	0,09	0,00	0,03
0005	MULTA 07/2017			0,81	0,00	0	0,00	0,80	0,00	0,00
0005	MULTA 08/2017			0,87	0,00	0	0,00	0,60	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2017			0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 15 JAN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AC. JOÃO PESSOA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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=44512>

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Candido Macedo Norte inscrito (a) no CPF 087.007.964-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joaldo Selva do Vale inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.257.754 74 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Joaldo Selva do Vale inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.257.754 74, 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 <u>Av. Gen. Floriano Peixoto</u>		Número <u>5A</u>	Complemento <u>2527-2T17</u>
Bairro <u>Serraotas</u>	Cidade <u>G. Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58100-000</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99366-5101</u>	Telefone celular(DDD)

J. Pires de 10 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Candido Macedo Norte  
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gemilson Nunes de Freitas

RG nº 4020605, data de expedição 09/01/2012,

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 114.516.514-14, com domicílio na cidade de Cacimba de Dentro, no Estado de Paraíba,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Lapivone, nº 50, complemento base,

declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Joaldo Silva do Vale, cujo o condutor era Joaldo Silva do Vale.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CBX. 250 Swister

Ano: 2002-2002

Placa: MOP. 8643. PB.

Chassi: 9R2 MC3.500.2A0.26980

Data do Acidente: 26.08.2017

Local de Data: Cacimba de Dentro PB. 19.12.2017.



Gemilson Nunes de Freitas

Assinatura do Declarante

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



**GS** SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL GOMES DE SOUZA  
 Serviço Registral e Notarial - Cópia e Imprensa - Escrituras - Tabelas - Matrículas - Cédulas - Atas - Atas de Assembleia - Atas de Conselho de Administração - Atas de Conselho Fiscal - Atas de Conselho de Supervisores - Atas de Conselho de Administração - Atas de Conselho de Supervisores - Atas de Conselho Fiscal - Atas de Conselho de Administração - Atas de Conselho de Supervisores - Atas de Conselho Fiscal

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de GEMILSON NUNES DE FREITAS que confere c/ o padrão reg. nesta serventia, em Cacimba de Dentro, 1 de dezembro de 2017. Em test. da verdade.

Aldrina Maçada Gomes de Sousa Silva (Escrivente autorizada)

Valor Total R\$ 11,35

Válido somente com o selo AF163064-825F  
Aldrina Maçada G. de Sousa Silva  
 Escrivente Autorizada







**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA**  
**PLANTÃO PERMANENTE - CONVÊNIO COM SUS E UNIMED**  
**FRATURAS - DOENÇAS ÓSSEAS - DEFORMIDADES - RAIOS X**

Direção dos Médicos **DR. ALÚBIO PAREDES MOREIRA**  
**DR. TEMÍSTOCLES DE A. RIBEIRO FILHO**

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que Paulo

SR. do Vale

necessita de 60 dias dias de licença,

pois o mesmo se encontra em tratamento nesta Clínica

com diagnóstico de: \_\_\_\_\_

CID: S62.1

Guarabira, 17 de 09 20 14

Dr. Temístocles de A. Ribeiro Filho  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PB 7636

Assinatura do Médico \_\_\_\_\_  
 Carimbo e C.R.M.

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 15 JAN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA**  
**PLANTÃO PERMANENTE - CONVÊNIO COM SUS E UNIMED**  
 FRATURAS - DOENÇAS ÓSSEAS - DEFORMIDADES - RAIO X

Direção dos Médicos **DR. ALUISIO PAREDES MOREIRA**  
**DR. TEMÍSTOCLES DE A. RIBEIRO FILHO**

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que

*Paulo*  
*do Vale*

necessita de 60 dias de licença,

pois o mesmo se encontra em tratamento nesta Clínica

com diagnóstico de:

CID:

S62.1

Guarabira, 17 de 09 de 2014

Dr. Temístocles de A. Ribeiro Filho  
 Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do Médico

CRM-PB 7536  
 Carimbo e C.R.M.

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 15 JAN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

PROSPRAO



**PRONTO SOCORRO DE**  
**FRATURAS DE GUARABIRA**  
**PLANTÃO PERMANENTE**  
 Convênio Com o SUS  
 Fraturas - Doenças Ósseas  
 Deformidades - Raios X  
**DIREÇÃO DOS MÉDICOS**

**DR. ALUISIO PAREDES MOREIRA**  
**DR. TEMÍSTOCLES DE A. RIBEIRO FILHO**

Av. Rui Barbosa, 240 - Fone: (83) 3271-1156  
 Guarabira - Paraíba

Nome: Paulo do Vale

Nº da Ficha: 346309

MÉDICO: CRM

Obs.: Arroxamento dos dedos, inchaço,  
 dor ou perda de sensibilidade,  
 procurar este serviço.

Atendido em:	Voltar em:	OBSERVAÇÕES
27/08/14		
28/08/14		
11/09/14		

# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA



## PROSFRAG

GUARABIRA - PARAÍBA  
FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 6021/2017

Nome: JOÃO PEDRO SILVA DO AMARAL  
 Sexo: MASCULINO Naturalidade: C. de Guarabira  
 Data de Nascimento: 05.02.1992  
 Endereço: Sítio Capim Branco II, 800m  
 Fone: \_\_\_\_\_ Documento: RG. 3.820.718  
 Responsável: JOÃO BATISTA SILVA DO AMARAL (PAI)  
 Endereço: R. Henrique de Almeida do Amaral (MCA)  
 Fone: 3608 700.0000/92913002

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 15 JAN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

### CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apto. OPRIMELETTA 3 Leito 001  
 Categoria SUS   A.I.H.N.º \_\_\_\_\_  
 Data da Entrada 28, 08, 2017 Hora da Entrada 12:00h

[Assinatura] Recepcionista  
[Assinatura] Médico Plantonista  
 CRM 7638

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstica - 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do tratamento em regime ambulatorial.

Data 29, 08, 2017

Dr. Tenístodes de Almeida Ribeiro Filho  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 7618 CPF: 091.136.054-82

MÉDICO - CRM

**ANAMNESE:**

Queixa Principal: Fratura bacia

Histórico da Doença Atual: Queda em fratura bacia da  
parte do corpo, após  
motocicleta

**EXAME FÍSICO:**

PA: \_\_\_\_\_ TPR: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_

Mucosas: \_\_\_\_\_ Est. Geral: \_\_\_\_\_ Faces: \_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
15 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AS. JOÃO PESSOA

Diagnóstico Inicial: Fratura da bacia

C.I.D. \_\_\_\_\_ Procedimento Solicitado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: Fratura da bacia C.I.D. \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_ C.I.D. \_\_\_\_\_

Procedimento Realizado: 1to. Chaveamento

Observações: sem dor

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado, \_\_\_\_\_ da  
plena autorização aos médicos do PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistirem para  
promoverem qualquer tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizarem as intervenções que  
julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submeter-se a todas as disposições gerais,  
contidas no Regulamento do Hospital.

Guarabira, 11 de 09 de 17

P. F. de S. A. M. do Vale  
Ass. do Paciente ou Responsável

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50

3.257.712

JOÃO DO SILVA DO VALE

JOÃO BATISTA VICENTE DO VALE  
MÉNIBIDE SILVA DO VALE

MUNICÍPIO DE DEETRO-PB

05/09/2002

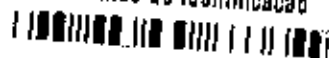
NASC.N.15793 PLS.204 LIV.A 1ª

CARTÓRIO CACIMBA DE DENTRO PB

376  
3691



Documentos de Identificação



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

**CANDIDO MACEDO NORTE**

DOC. IDENTIFIC. / OUTRO PROVEDOR DE 269609 SSP PB

CPF 087.007.964-68 DATA NASCIMENTO 08/04/1953

FUNÇÃO ADERBAL MACEDO NORTE EUGENIA SOBRAL

PERMISSÃO ACC CAIXA B

Nº REGISTRO 01249109142 MUNICÍPIO 25/11/2020 1ª HABILITAÇÃO 31/10/1973

Observações

*Candido Macedo Norte*

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 27/11/2015

40589039625 88031629954

PROIBIDO PLASTIFICAR

1169511750

USÁVEL EM TODOS OS TERRITÓRIOS FEDERAIS 1169511750

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PE

REGISTRO DE VEICULO

DETRAN - PE Nº 013176415779

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

REG. 20172500001505-8

1 0077724526-6 00/00000000 2017

GENILSON NUNES DE FREITAS

11451651

MOP8643/PB

NOVO PB 5C2M35002R026980

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC GASOLINA

HONDA/CBX 250 TWISTER 2002 2002

2 P/249 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

\*\*\*\*\* 0

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 04/05/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

CACIMBA DE DEMIHO - PB

39608



29/06/2017

16497

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
15 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180040499

**Cidade:** Cacimba de Dentro

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOALDO SILVA DO VALE

**Data do acidente:** 26/08/2017

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura rádio distal esq

**Descrição do exame médico pericial:** Limitação de ADM com flexão palmar de 70 graus e dorsal de 0 graus, provação e supinação normal, força grau 4

**Resultados terapêuticos:** Vítima de acidente de moto com fratura do rádio distal submetido a tratamento cirúrgico

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Luiz Eduardo Duque Portela

**CRM do médico:** 6867

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

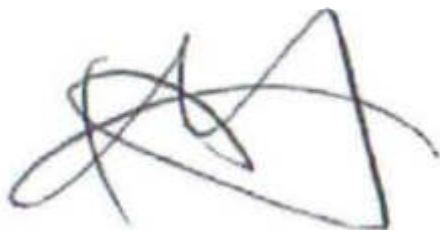
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180040499**

Nome do(a) Examinado(a): **JOALDO SILVA DO VALE**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA PROJETADA, SN - CENTRO - Cacimba de Dentro - PB - CEP 58230-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **3820718**

Data e local do acidente: [ **26/08/2017** ] **Cacimba de dentro - Paraíba**

Data e local do exame: [ **04/05/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura rádio distal esq*

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Vítima de acidente de moto com fratura do rádio distal submetido a tratamento cirúrgico*

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Limitação de ADM com flexão palmar de 70 graus e dorsal de 0 graus, provação e supinação normal, força grau 4*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [  ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Vítima de acidente de moto com fratura do rádio distal submetido a tratamento cirúrgico*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Limitação de ADM conforme descrito*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho esq

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

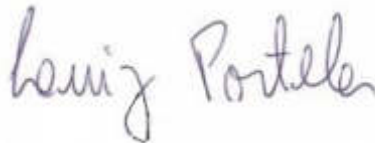
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



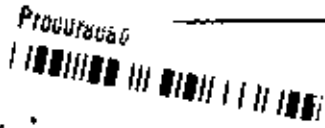
Luiz Eduardo Duque Portela - CRM: 6867 - PB

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## OUTORGANTE:

Nome: Joaldo Silva do Vale  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 3.820.718.558-13  
CPF: 105.257.754-71  
Profissão: Agricultor  
Endereço: Honório Guedes, s/n. Centro - C. de Dentro PB.  
CEP: 5.230.000  
Telefone: (81) 98769.6065



## OUTORGADO:

Nome: Lauro de Macedo Norte  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Casado  
Identidade: 269.689.558-13  
CPF: 087.007.964-65  
Profissão: Aposentado  
Endereço: Av. Mar. Floriano Peixoto s/n. Senador. C. João PB.  
CEP: 58.100.000  
Telefone: (81) 99365.5161

Pela presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Joaldo Silva do Vale.

De dentro PB. 19.12.2017.

Local e data

Joaldo Silva do Vale

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL GONES DE SOUZA  
Cadastrado em nome de Souza - 01/04/1998 - 10/04/2017 - 10/04/2017 - 10/04/2017 - 10/04/2017

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de  
JOALDO SILVA DO VALE  
que comparece c/ o padrão rec. nesta serventia, Dou fé.  
Cidade de Dentro, 19 de novembro de 2017. Em test. Sheila  
da verdade.  
Sheila Cristina Paulino Gones (escrivente autorizada)  
Valor Total R\$ 11,35  
Devidamente com o selo AFY62928-4750

Sheila Cristina Paulino Gones  
Sheila Cristina Paulino Gones.  
Escrivente

