

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**  
Nº Sinistro: **3180143289**  
Vitima: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**  
Data do Acidente: **25/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180143289**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180143289**

Vitima: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180143289**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

**Sinistro:** **3180143289**

**Vítima:** **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

**Data do Acidente:** **25/02/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

**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 3180143289** 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](http://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

Aos Cuidados de: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180143289**

Vitima: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180143289**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180275600**

Vitima: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180275600**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180275600**

Vitima: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180275600**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência não conclusivo

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

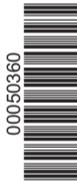
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180275600**

Vitima: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180275600**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



AUTO-ATENDIMENTO - AG. SOUSA

DATA: 08/03/2018  
TERMINAL: 05561387

HORA: 11:07:22

CONTROLE: 055613870196

AGÊNCIA: 0556 - SOUSA  
LUNH: 05560003845-4  
CLIENTE: LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
14/02	
15/02	
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012	
DATA	VALOR
14/02	

MOVIMENTAÇÃO  
DAT HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR

Fevereiro

14/02	000000	REM BASICA
14/02	000000	CRED JUROS
15/02	000000	REM BASICA
15/02	000000	CRED JUROS

RESUMO EM 08/03

SALDO

RESUMO DO DIA  
SALDO BLOQUEADO  
SALDO DISPONÍVEL  
SALDO TÓTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Dividiria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)

28 MAR. 2018

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

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

*3180143289*

CPF da Vítima

*057.563.281-40*

Nome completo da vítima

*Luciano Soárez de Souza*

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

Nome completo <i>Luciano Soárez de Souza</i>	CPF titular da conta	Profissão <i>recusou</i>
Endereço <i>rua rural</i>	Número <i>51N</i>	Complemento
Bairro <i>nucleo I</i>	Cidade <i>Sousa</i>	Estado <i>PB</i>
Email <i>vandinho.vapt@gmail.com</i>	CEP <i>58814-000</i>	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

<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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
N.R.:  
*0558*      D/V

CONTA  
N.R.:  
*013/0000 3845*      D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ N.R.O. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
N.R.:  
 D/V  
 D/V

(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

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

*Sousa/PB, 04 de Abril de 2018*  
Local e Data

*\*Lançamento Gabriela de Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG.SOUZA

DATA: 09/03/2012

HORA: 11:07:22

TERMINAL: 055813870198

CONTROLE: 055813870198

AGENCIA: 0558 - SOUSA

CONTA: 013.00003845-4

CLIENTE: LUCIANO SURREIRA DE SOUSA

## EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

## SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
14/02	0,00
15/02	

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
14/02	

## MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 1,50

## Fevereiro

14/02	000000	REM BASICA	0,00
14/02	000000	CRED JUROS	0,00
15/02	000000	REM BASICA	0,00
15/02	000000	CRED JUROS	0,00

## RESUMO EM 08/03

34,800

## SALDO

## RESUMO DO DIA

0,00

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONIVEL

0,00

SALDO TOTAL

0,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHECA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
CAIXA.GOV.BR/VOCE



AUTO-ATENDIMENTO - AG. SOUSA

DATA: 08/03/2018  
TERMINAL: 05561387

HORA: 11:07:22

CONTROLE: 055613870196

AGÊNCIA: 0556 - SOUSA  
LUNH: 05560003845-4  
CLIENTE: LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
14/02	
15/02	
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012	
DATA	VALOR
14/02	

MOVIMENTAÇÃO  
DAT HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR

Fevereiro

14/02	000000	REM BASICA
14/02	000000	CRED JUROS
15/02	000000	REM BASICA
15/02	000000	CRED JUROS

RESUMO EM 08/03

SALDO

RESUMO DO DIA  
SALDO BLOQUEADO  
SALDO DISPONÍVEL  
SALDO TÓTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Dividiria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)

28 MAR. 2018

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3180275600

CPF da Vítima

057 563.284-40

Nome completo da vítima

Luciano Solura de Souza

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

Nome completo <i>Luciano Solura de Souza</i>	CPF titular da conta <i>057.563.284-40</i>	Profissão <i>vendedor</i>
Endereço <i>Soc. Nucleo I</i>	Número <i></i>	Complemento <i></i>
Bairro <i>Souza Rural</i>	Cidade <i>São Gonçalo</i>	Estado <i>PB</i>
Email <i>luardinho.dpvat@gmail.com</i>	CEP <i>58819-000</i>	Telefone (DDD) <i>(83) 98132-3425</i>

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

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

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

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
Nº

D/V

CONTA  
Nº

D/V

*0558*

*01/000 3845*
*(Informar dígito se existir)*
 **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/V

*(Informar dígito se existir)*
*(Informar dígito se existir)*

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

26 JUN 2018

*Souza PB 25 de Junho de 2018*

Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

*Luciano Gabreira de Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA  
Rua Tiradentes, nº 06, Centro – CEP 58.800-658 / Fone (83) 3522-6638

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 351/2018

### Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO

**Data e hora do fato:** 25/02/2018, por volta das 19hs30min

**Local do ocorrido:** Centro da cidade de Nazarezinho/PB, localizada na BR 230, em frente a Dical Fiat, nesta cidade de Sousa/PB.

**Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento:** 09/03/2018, às 10h 25min

**COMUNICANTE:** LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA, alcunha \*\*, **Filiação:** Raimundo Alexandre de Sousa e de Joana Sobreira de Sousa, **Profissão:** garçom, **Estado Civil:** solteiro, **Naturalidade:** Nazarezinho - PB, **Nacionalidade:** brasileiro, **Data de Nascimento:** 27.01.1986, **Endereço Residencial:** Nucleo I, proximo ao Bar de Nildo, Sousa - PB, **Endereço Profissional:** \*\*, **Telefone:** \*\*, **Portador da CI/RG nº:** 3.407.125 - SSP/PB, **Titulo Eleitoral** \*\*, CPF 057.563.284-40, **CNH** \*\*.

**VÍTIMA:** O comunicante.

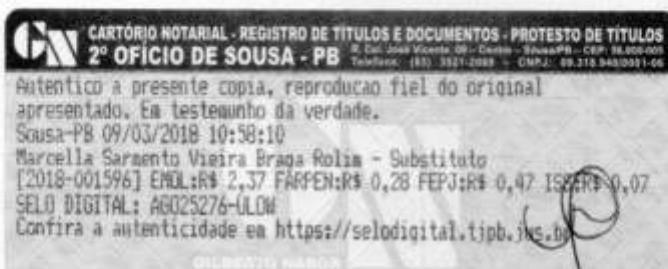
**HISTÓRICO:** Que o comunicante informa que no dia 25.02.2018, por volta das 19hs30min, conduzia a moto HONDA POP 100, 2014/2014, cor preta, placa QFB 1015/PB e chassi 9C2HB 0210ER461890, licenciada em nome a sua irmã LUCIENE SOBREIRA DE SOUSA e no momento que passava no centro da cidade de Nazarezinho/PB, nas proximidades do Cemitério Novo, colidiu em uma pedra de paralelepípedo que estava solta, perdeu o controle da moto e caiu ao solo; QUE na queda o comunicante informa que sofreu um corte na boca e escoriações na face, braços, mãos e uma pancada na mandíbula; QUE foi socorrido por transeuntes que passavam pelo local para o Hospital Regional desta cidade de Sousa, onde foi realizado a sutura na sua boca, ficando em observação até as 00hs00, tendo recebido alta; QUE vem registrar tal ocorrência para fins de seguro DPVAT. **Ciente ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não seja estritamente a verdade.**

Sousa - PB, 09 de março de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. VICENTE HONORIO FILHO

COMUNICANTE: Luciano Sobreira de Sousa

ESCRIVÃO: J. J. V. S. S.





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA  
Rua Tiradentes, nº 06, Centro – CEP 58.800-658 / Fone (83) 3522-6638

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 351/2018

### Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO

**Data e hora do fato:** 25/02/2018, por volta das 19hs30min

**Local do ocorrido:** Centro da cidade de Nazarezinho/PB, localizada na BR 230, em frente a Dical Fiat, nesta cidade de Sousa/PB.

**Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento:** 09/03/2018, às 10h 25min

**COMUNICANTE:** LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA, alcunha \*\*, **Filiação:** Raimundo Alexandre de Sousa e de Joana Sobreira de Sousa, **Profissão:** garçom, **Estado Civil:** solteiro, **Naturalidade:** Nazarezinho - PB, **Nacionalidade:** brasileiro, **Data de Nascimento:** 27.01.1986, **Endereço Residencial:** Nucleo I, proximo ao Bar de Nildo, Sousa - PB, **Endereço Profissional:** \*\*, **Telefone:** \*\*, **Portador da CI/RG nº:** 3.407.125 - SSP/PB, **Titulo Eleitoral** \*\*, CPF 057.563.284-40, **CNH** \*\*.

**VÍTIMA:** O comunicante.

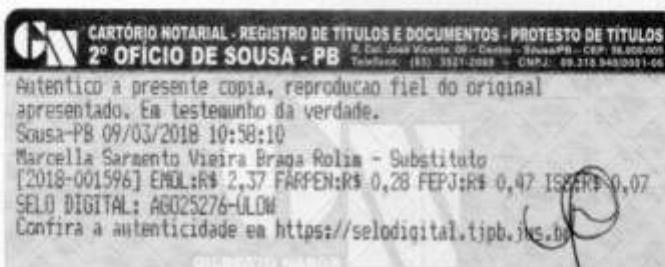
**HISTÓRICO:** Que o comunicante informa que no dia 25.02.2018, por volta das 19hs30min, conduzia a moto HONDA POP 100, 2014/2014, cor preta, placa QFB 1015/PB e chassi 9C2HB 0210ER461890, licenciada em nome a sua irmã LUCIENE SOBREIRA DE SOUSA e no momento que passava no centro da cidade de Nazarezinho/PB, nas proximidades do Cemitério Novo, colidiu em uma pedra de paralelepípedo que estava solta, perdeu o controle da moto e caiu ao solo; QUE na queda o comunicante informa que sofreu um corte na boca e escoriações na face, braços, mãos e uma pancada na mandíbula; QUE foi socorrido por transeuntes que passavam pelo local para o Hospital Regional desta cidade de Sousa, onde foi realizado a sutura na sua boca, ficando em observação até as 00hs00, tendo recebido alta; QUE vem registrar tal ocorrência para fins de seguro DPVAT. **Ciente ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não seja estritamente a verdade.**

Sousa - PB, 09 de março de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. VICENTE HONORIO FILHO

COMUNICANTE: Luciano Sobreira de Sousa

ESCRIVÃO: J. J. V. S. S.



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

*lúcio Bóbreira de Souza*

CPF da Vítima

*057.563.284-41*

Data do Acidente

*25/02/2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

*Vandunhodpvat@gmail.com*

Telefone (DDD)

*(83) 99180-9410*

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.

*Bauca-PB, 09 de Março de 2018*

Local e Data

*DOCUMENTO ORIGINAL*

*lúcio Bóbreira Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

*Luciano Belneira de Souza*

CPF da Vítima

*057.563.284-41*

Data do Acidente

*25/02/2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

*Vandunhodpvat@gmail.com*

Telefone (DDD)

*(83) 99180-9410*

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.

*Baixa-PB, 09 de Março de 2018*

Local e Data

*DOCUMENTO ORIGINAL*

*Luciano Belneira Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA  
LOC NUCLEO/ S/N/ NUCLEO- AREA RURAL  
SAO GONCALO / PB CEP: 58814000 (AG: 177)

Classificacão: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO B1290, Km.25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP:58071-680  
Referencia: Jun/2017  
Not. 14-194-510-2100  
NP medidor: 00008027200  
Emissao: 23/06/2017

ENERGISA PARAÍBA- DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ:09.096.103/0001-45 - Insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°001 002 997

Código para Débito Automático: 00013666268

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1366626-8

Canal de contato

Jun / 2017

Apresentação

23/06/2017

Data prevista da  
próxima leitura

24/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

2364178408  
Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leratura	Data	Leratura	
23/05/17	15942	23/06/17	16127	1
				185
				31

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	185	0,30442	56,31
Adic. B Vermelha			1,41
Subsídio			24,14
PIS			0,88
COFINS			4,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Subsídio			-24,14

### Histórico de Consumo (kWh)

Maio/17	229
Abril/17	257
Mar/17	262
Fev/17	232
Jan/17	264
Dez/16	277
Nov/16	266
Ou/16	275
Sep/16	282
Ago/16	230
Juli/16	235
Jun/16	218

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	88,87	1,0318	0,88
COFINS	96,87	4,7426	4,11

VENCIMENTO

30/06/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 62,72

Média dos últimos meses  
256

RESERVADO AO FISCO  
cf01.ec98.2e68.8f76.9d9a.7b82.e058.95dc.

### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	12,76	5,82
DIG TRIMESTRAL	25,52	NOMINAL
DIG ANUAL	51,05	220
FIC MENSAL	7,89	2,00
FIC TRIMESTRAL	16,79	CONTRATADA
FIC ANUAL	31,58	LIMITE INFERIOR: 202
DIGC	8,00	LIMITE SUPERIOR: 231
DICRI	18,80	4,02

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	22,21	35,42
Campos de Energia	25,98	41,42
Serviço de Transmissão	1,52	2,42
Encargos Setoriais	8,01	12,77
Impostos Diretos e Encargos	5,00	7,97
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	62,72	100,00

Valor do EUUSD (Ref 4/2017) R\$41,72

28 MAR 2018

WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA  
RUA BASÍLIO SILVA, 89 / TERREO - ESTACAO  
SOUZA/PB CEP: 58807290 (AG. 177)



Emissao: 20/11/2017 Referencia: 109/2017  
Classificacao: RESIDENCIAL / PRINCIPAL MONOFASICO  
Refero: 10-177-165-1011 IPmedidor: 00008743910

ENERGIA PARAIBA E DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Início: Km27, Lote Residencial Jardim Pecuaria PB - LEPOZINHO  
CNPJ: 0000000000000149 - insc Est: 0000000000000000  
Nota Fiscal: Nota de Energia Elétrica N009/214267  
Cod. para DB: Automatico: 00017518807

Atendimento ao Cliente ENERGISA **C800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	20/11/2017	18/12/2017	3139015461 Int. Est.

**UC (Unidade Consumidora):** **5/1757550-7**

#### Canal de contato

PREZADO CLIENTE:  
O valor na conta do item "COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO",  
corresponde a cobrança de diferença de faturamento no mês de  
Outubro de 2017, acionada pela publicação da Resolução da Norma  
legislativa nº 2.291, conforme disposto no Art. 113 da Res. Normativa  
 nº 414/2010.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/10/17	Leratura 4030	Data 20/11/17	Leratura 4215	
<b>Demonstrativo</b>				
001 Descrição Quantidade Tarifa U. Valor Base I. v. Alq. Univer(R\$) Base Cinc. Pre(R\$) Custo(R\$) Tributo Tela (R\$) ICMS(R\$) ICMS Pol(Custo(R\$)) (100%) (100%)				
0001 Consumo em kWh 145.000 0,714540 139,59 139,59 27 37,88 139,59 1,85 9,54				
0001 Adic. B Vermelha 12,52 17,52 27 9,98 12,52 0,17 0,77				
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0007 CONTRIBUIÇÃO P/IMPÚBLICA 10,88 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
0004 JUROS DE MORA 10/2017 0,67 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
0005 MULTA 10/2017 3,67 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
0005 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 10/2017 0,16 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
0001 COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO 10/2017 8,03 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				

CC1 Código de Classificação do Item TOTAL 175,42 152,11 41,06 152,11 2,02 -9,81

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO**  
185 27/11/2017 **TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 175,42**

Histórico de Consumo (kWh)												
246   278   124   138   118   110   31   89   265   116   253   1271	Okt/17	Sep/17	Ago/17	Jul/17	Juni/17	Mai/17	Abr/17	Mai/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

f85a.1f8c.c83d.ad73.ad1c.6feb.dcd6.a6db.

9/2017 - Seus

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIÁ MENSAL	0,00	NOMINAL
LIG. TRIMESTRAL	12,54	220
DIÁ ANUAL	25,08	
FI. MENSAL	3,25	CONTRATADA
FI. TRIMESTRAL	7,10	LIMITE INFERIOR
FI. ANUAL	14,20	202
DMC	3,71	LIMITE SUPERIOR
DCP	12,22	221

Discriminações	Valor (R\$)	%
serviços de Dist. da Energia PB	34,88	19,78
Compra de Energia	50,14	28,58
Serviço de Transmissão	5,32	3,03
Encargos Sistêmicos	9,80	5,47
Imposto Distrital e Encargos	67,67	38,58
Outros Serviços	6,03	4,56
Total	175,42	100,00

Valor do B.I.E.S (Ref. 31/2017) R\$ 7,66

**ATENÇÃO**  
- Medidor com display apagado Faturar só pela média

#### Faturas em atraso

28 MAR 2018

RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA  
LOC NUCLEO I, S/N(NUCLEO I- AREA RURAL  
SAO GONCALO / PB CEP: 58814000 (AQ: 177)

Classific Subcls: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO Bi 290 Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58007-480  
Referencia: Jun / 2017  
Nº medidor: 0000907200 Emissao: 29/06/2017  
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N001 000 987  
Código para Débito Automático: 0001266628

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1366626-8

Canal de contato

Jun / 2017

**Apresentação**

23/06/2017

Data prevista da  
próxima leitura

24/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

2364178408 Insc. Est.	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	23/06/17 15942	23/06/17 16127	1	186	31

**Faturas em atraso**

**Demonstrativo**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	186	0,30442	55,31
Adic. B Vermelha			1,41
Subsídio			24,14
PIS			0,89
COFINS			4,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Subsídio			-24,14

**Histórico de Consumo  
(kWh)**

Mar/17	228
Abr/17	257
Mai/17	262
Fev/17	232
Jan/17	204
Dez/16	277
Nov/16	266
Out/16	276
Sep/16	282
Ago/16	230
Jul/16	235
Jun/16	218

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	1,00	0,00
PIS	98,87	1,0310	0,99
COFINS	98,87	4,7429	4,11

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

30/06/2017

R\$ 62,72

Média dos últimos meses

256

cf01.ec98.2e88.8f76.9d9a.7b82.e058.95dc.

**Indicadores de Qualidade** 4/2017- São Gonçalo

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC-MENSAL	12,78	5,92
DIC-TRIMESTRAL	25,52	NOMINAL
DIC-ANUAL	51,05	230
FIC-MENSAL	7,88	2,00
FIC-TRIMESTRAL	16,79	CONTRATADA
FIC-ANUAL	31,58	LIMITE INFERIOR
DIFC	0,09	202
DICPI	18,80	LIMITE SUPERIOR
	4,02	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Def. da Energia/PB	22,21	35,42
Comissão de Energia	25,98	41,42
Serviço de Transmissão	1,52	2,42
Encargos Sistêmicos	0,01	0,01
Impostos, Detrib e Encargos	5,00	7,97
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	62,72	100,00

Valor do US\$1 (Ref: 4/2017) R\$41,72

28 MAR. 2018

**WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**  
RUA BAIÃO SILVA, 89 / TERREO - ESTACAO  
Sousa / PB CEP 58807292 (AG 177)

Entrega 28/11/2017 Referencia Hu/7017  
Censo de Población y Vivienda 2017  
Módulo 10 - 177 - 305 - 1011 - EPmedellin-0000674-E-916

**ENERGÍA PARÍS** - DIA 140 - AÑO DE ENERGÍA  
- 100% RENOVABLE - José Félix Arribas - CERTIFICADO  
- 100% VERDE - INTEGRAL - www.energiasparis.com

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	20/11/2017	18/12/2017	3139015461 Ins. Est.

**UC (Unidade Consumidora):**

5/1757550-7

**Canal de contato**

**PREZADO CLIENTE**  
O valor na conta de item "COMPLEMENTO REALISTE" (referente ao consumo de cobrança) e de alteração de faturamento, no mês de Outubro de 2017, descrenha pela publicação do Resolução Normativa nº 2.391, conforme disposto no Art. 113 da Res. Normativa nº 141/2010.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leritura	Data	Leritura					
19/10/17	4030	29/11/17	4215			165		32
<b>Demonstrativo</b>								
CFI	Descrição	Quantidade	Tributo	Tributo Base (R\$)	Avg. IPI (R\$)	Base Custo (R\$)	Preço (R\$)	Custo (R\$)
0001	Consumo em kWh	145.000	0,1/4540	108.59	139,59	27	37,88	139,59
0001	Adic. B Vermelha			12,52	17,52	27	3,38	12,52
<b>LAR, AMENTOS E SERVIÇOS</b>								
0002	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			10,88	0,00	0	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORAL (MURB)			0,87	0,00	0	0,00	0,00
0005	MULTA 10/2017			39,67	0,00	0	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MÍNIMA JUNHO 2017			0,66	0,00	0	0,00	0,00
0006	COMPLEMENTO REAJUSTE (TANP) 10/2017			0,03	0,00	0	0,00	0,00

EST Estudo de Clusters no apoio ao tempo - TCC

**Média últimos meses (kWh)** **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
185 27/11/2017 R\$ 175,42

### Histórico de Consumo (kWh)

246 | 276 | 124 | 136 | 118 | 130 | 211 | 69 | 265 | 116 | 253 | 371  
Oct17 Sep17 Aug17 Jul17 Jun17 May17 Apr17 Mar17 Feb17 Jan17 Dec16 Nov16

f85a f8c c83d ad73 ad1c 6feb dcdb6 a6db

#### **Indicadores de Qualidade**

	<b>Límites</b> da ANEEL	<b>Apurado</b>	<b>Límite de Tensão</b> (V)
DIC MENSAL	5,71	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	12,54		
FIC ANUAL	25,08		
FIC MENSAL	3,25	0,00	CONTRAFADA
FIC TRIMESTRAL	7,10		LÍMITE INFERIOR
FIC ANUAL	14,20		LÍMITE SUPERIOR
DMC	3,71	0,00	
GCFB	12,22		

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos de Dados de Energia na P9	34,88	16,76
Compra de Energia	50,14	23,56
Servicos de Transmissao	5,12	2,38
Energias Sistemas	9,60	4,41
Melhorias e Construcoes e Energia	6,7,67	3,11
Outros Servicos	9,03	4,58
<b>Total</b>	<b>175,42</b>	<b>100,00</b>

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

**ATENÇÃO**

- Meritado com display apagado. Pulará adiante da média

#### **Faturas em atraso**

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.  
Documento não é suporte de conta.  
Recomenda sempre pagamento da conta fiscalizada na energia elétrica.

Nº 007.063.178



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 232, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400  
CNPJ 89.095.183 / 0901-40 - Insc. Est. 16.015.823-8

## DADOS DO CLIENTE

RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA  
LOC NÚCLEO I S/N NÚCLEO I  
SAO GONCALO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1366626-8

REFERÊNCIA  
**MAI/2018**

APRESENTAÇÃO  
**24/05/2018**

CONSUMO

**180**

VENCIMENTO

**01/06/2018**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 67,01**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA  
Roteiro: 14-184-510-2100  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
01/06/2018	R\$ 67,01	1300626-2018-05-7

26 JUN 2018

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES 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 Wildemberg Andrade Formiga inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.390.154-61, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciano Balreira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.563.284-40, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade, da Vítima Luciano Balreira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.563.284-40, 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>Basílio Silveira</u>		Número	<u>89</u>	Complemento	<u>—</u>	
Bairro	<u>Loutracáre</u>	Cidade	<u>Sousa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58800000</u>
Email	<u>Vandinho.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)			<u>(83)99180-9410</u>

Sousa-PB, 13 de Março de 2018  
Local e Data

Wildemberg Andrade Formiga  
Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wildemberg Andrade Formiga inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.390.154-61 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciano Balreira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.563.284-40, do sinistro de DPVAT cobertura Incapacidade, da Vítima Luciano Balreira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.563.284-40, 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>Basílio Silveira</u>		Número	<u>89</u>	Complemento	<u>—</u>	
Bairro	<u>Costeiro</u>	Cidade	<u>Sousa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58800000</u>
Email	<u>Vandinho.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)			<u>(83)99180-9410</u>

Sousa-PB, 13 de Março de 2018  
Local e Data

Wildemberg Andrade Formiga  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciene Sabreira de Souza,  
RG nº 3283519, data de expedição 05/02/2016  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 078.758.024-40 com  
domicílio na cidade de Aparecida, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Cecílio Alvarante - Centro, nº 122,  
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima Luciano Sabreira de Souza cujo o condutor era  
Luciano Sabreira de Souza.

Veículo: HONDA/POP 100

Modelo: 2014

Ano: 2014

Placa: QFB 1015 /PB

Chassi: 9C2HB0210ER461890

Data do Acidente: 25/02/2018

Local e Data: Sousa - PB 09/03/2018



Luciene Sabreira de Souza  
Assinatura do Declarante

Luciano Sabreira de Souza

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

**CN** CARTÓRIO NOTARIAL - REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - PROTESTO DE TÍTULOS  
2º OFÍCIO DE SOUSA - PB  
R. Cel. José Vicente, 09 - Centro - Sousa-PB - CEP: 58300-000  
Telefone: (83) 3521-2048 CNPJ: 09.118.948/0001-46

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
LUCIANO SABREIRA DE SOUSA\*\*\*\*\*  
Em test. da verdade, Sousa-PB 09/03/2018 10:51:22  
Marcella Sarmento Vieira Braga Rolim - Substituto  
[2018-001088]END: R\$ 9,48 FARF: R\$ 0,28 FERJ: R\$ 0,50 JUS: R\$ 0,00  
SELO DIGITAL: AG004685-0/PB  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>.

Cartório do 2º Ofício de Notas Protesto  
de Títulos Reg. de Títulos e Documentos  
Escrituras e Procurações.

Gilberto Nabor Vieira

TABELIÃO TITULAR

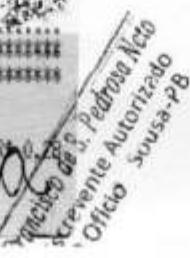
Marcella Sarmento Vieira B. Rolim

TABELIÃ SUBSTITUTA

Rua Cel José Vicente, 09 - Sousa-PB.



JOSÉ NEVES MOREIRA Titular: Bel. Pedro Henrique Rodrigues Neves  
Serviço Notarial e Registrário  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
LUCIENE SABREIRA DE SOUSA\*\*\*\*\*  
Em test. da verdade, Sousa-PB 09/03/2018 10:51:59  
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCREVENTE  
[2018-002643]END: R\$ 9,48 FARF: R\$ 0,28 FERJ: R\$ 0,50 JUS: R\$ 0,00  
SELO DIGITAL: AG005651-AVSV  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAR. 2018





28 MAR. 2018

LEI N° 7.118 DE 29/08/89

ASSINATURA DO DETINHO

Jogo Passeio - PB

QPF	031.390.154-61
CARTELHO SOUSA-PB	CASM N.24832 FLS.012 LIV.B-65
SOUZA-PB	DOC. ORIGEM
11/05/197	11/05/197
MATERIALIZADO	DATA DE NASCIMENTO
MARIA ANDRADE FORMIGA	JOAQUIM ISIDRO FORMIGA
2.526.736 - 2 VIA	2.526.736 - 2 VIA
DATAS DE EMISSÃO	DATAS DE EMISSÃO
WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA	WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA
NAME	NAME
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



28 MAR 2018



28 MAR. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESENTE	
NOME	
WILDEMBERG ANDRADE FERMEGA	
ENDERECO	
2.526.736 - 2 VIA	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
26/04/2010	
TITULAR	
MARIA ANDRADE FERMEGA	
NOME	
JOAQUIM ISIDRO FERMEGA	
ENDERECO	
2.526.736 - 2 VIA	
DATA DE Nascimento	
11/05/197	
SUSP-PB	
CARTÓRIO SUSP-PB	
031.390.154-61	
QPF	
ASSINATURA DO CARTÓRIO	
LEI Nº 7.118 DE 29/08/69	
Assinatura - P.R.	



28 MAR 2018



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

Nº 00033935162  
Centro de Registro e Licenciamento de Veículos

LACIA  
via  
com nº PRT 20141200039654-6  
1 0100655360-4 00/00000000 2014

LUCIENE SOBREIRA DE SOUSA

PB Nº 010839355162 BILHETE DE SÉGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SÉGURO DPVAT  
078758024400 15/11/2014 LEIA  
www.dpvat.com.br DE-4-CHE-VERIFICA  
www.cavatseguradoratemp.com.br  
SJC DPVAT nº 000 022 12-4

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

APLICATÓRIO / APLICATÓRIO		ASOLINA		PREFeITURA		PLACA	
NOVO	PE	9C2HB0210ER461890		07875802440		QFB1015/PB	
PAS/MOTOCICLETA / APLICATÓRIO		PREFeITURA		PLACA		PLACA	
HONDA/POP190		2014		010065500604 HONDA/POP190		QFB1015/PB	
2 P/97 / CI PARTIC		PREIA		PRÉMIO TARIFÁRIO		PRÉMIO TARIFÁRIO	
P IPVA	PAGO EM 16/05/2014	VENCIMENTO 1º PARCELA	VENCIMENTO 2º PARCELA	VENCIMENTO 3º PARCELA	VENCIMENTO 4º PARCELA	VENCIMENTO 5º PARCELA	VENCIMENTO 6º PARCELA
V	EFETO DIV/	INF. (R\$)	INF. (R\$)	INF. (R\$)	INF. (R\$)	INF. (R\$)	INF. (R\$)
A	*****	0					
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
				16/05/2014		16/05/2014	
A.F. BANCO HONDA S.A.		SEGURADOR PAGO		SEGURO PAGO		SEGURO PAGO	
APARECIDA-PB		LOCAL		DATA		DATA	
11436				19/05/2014		16/05/2014	

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436-1532530-20140519

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

11436

11436

11436

11436

19/05/2014

16/05/2014

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180143289      **Cidade:** Sousa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA      **Data do acidente:** 25/02/2018      **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES DIFUSAS

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CLÍNICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.52099-1

**UF do CRM do médico:** RJ

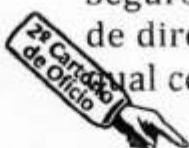
**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, GARÇOM, PORTADOR DO RG N° 3.047.125 SSP/PB E CPF N° 057.563.284-40, RESIDENTE E DOMICILIADO NO NUCLEO HABITACIONAL I, BAIRRO: SÃO GONÇALO, MUNICIPIO DE SOUSA-PB

**OUTORGADO: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**, BRASILEIRO, CASADO, ESTUDANTE, RG-2526736-SSP/PB E CPF-031.390.154-61, RESIDENTE DOMICILIADO À RUA BASILIO SILVA, Nº89, ESTAÇÃO, TELEFONE: (83) 99180-9416, CEP. 58.800-000 SOUSA-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e 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 pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual configura como vítima: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**.



Luciano Sobreira de Souza

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

SOUSA-PB, 09 DE MARÇO DE 2018.

DOCUMENTO ORIGINAL

**CN** CARTÓRIO NOTARIAL - REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - PROTESTO DE TÍTULOS  
2º OFÍCIO DE SOUSA - PB R. Cel. José Vicente, 09 - Centro - Sousa-PB - CEP: 58.800-000  
Telefone: (83) 3221-3200 | CNPJ: 05.318.940/0001-06

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....  
LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

En test da verdade. Sousa-PB 09/03/2018 10:55:56  
Marcella Sarmento Vieira Braga Rolim - Substituta  
C2018-0010871ENOL-RB #9\_48\_FARFANA 0-28 PERDUR  
SELO DIGITAL: AG204684-2018

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

28 MAR 2018

Cartório do 2º Ofício de Notas Protesto  
de Títulos Reg. de Títulos e Documentos  
Escrituras e Procurações.

Gilberto Nabor Vieira  
TABELIÃO TITULAR  
Marcella Sarmento Vieira B. Rolim  
TABELIÃ SUBSTITUTA

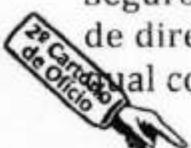
Rua Cel José Vicente, 09 - Sousa-PB.

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, GARÇOM, PORTADOR DO RG N° 3.047.125 SSP/PB E CPF N° 057.563.284-40, RESIDENTE E DOMICILIADO NO NUCLEO HABITACIONAL I, BAIRRO: SÃO GONÇALO, MUNICIPIO DE SOUSA-PB

**OUTORGADO: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA**, BRASILEIRO, CASADO, ESTUDANTE, RG-2526736-SSP/PB E CPF-031.390.154-61, RESIDENTE DOMICILIADO À RUA BASILIO SILVA, Nº89, ESTAÇÃO, TELEFONE: (83) 99180-9410, CEP. 58.800-000 SOUSA-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e 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 pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual configura como vítima: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**.



Luciano Sobreira de Souza

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

SOUSA-PB, 09 DE MARÇO DE 2018.

DOCUMENTO ORIGINAL

**CN** CARTÓRIO NOTARIAL - REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS | PROTESTO DE TÍTULOS  
2º OFÍCIO DE SOUSA - PB R. Cel. José Vicente, 09 - Centro - Sousa-PB - CEP: 58.800-000  
Telefone: (83) 99180-9410 | CNPJ: 08.318.840/0001-06

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA XXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXX

En test da verdade. Sousa-PB 09/03/2018 10:55:56  
Marcella Sarmento Vieira Braga Rolim - Substituta  
C2018-0010871EMOL:03 #9\_40\_FADP/2018\_0x28 PERD:03  
SELO DIGITAL: AG004684-203

Confira a autenticidade em [www.selodigital.titulos.com.br](http://www.selodigital.titulos.com.br)

28 MAR 2018

Cartório do 2º Ofício de Notas Protesto  
de Títulos Reg. de Títulos e Documentos  
Escrituras e Procurações.

Gilberto Nabor Vieira  
TABELIÃO TITULAR  
Marcella Sarmento Vieira B. Rolim  
TABELIÃ SUBSTITUTA

Rua Cel José Vicente, 09 - Sousa-PB.