

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 LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Carta nº 12593992



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** 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

Carta nº 12969882



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 LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12972920



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: 09/03/2018
TERMINAL: 05581387

HORA: 11:07:22
CONTROLE: 055813870198

AGENCIA: 0558 - SOUSA
CONTA: 010.00003845-4
CLIENTE: LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA

VALOR

14/02

15/02

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

VALOR

DATA

14/02

MOVIMENTAÇÃO

DATA R.D.C. 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 DISPONIVEL

SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
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

3180143389

CPF da Vítima

057.563.284-40

Nome completo da vítima

Luciano Sobrinho de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Luciano Sobrinho de Sousa		CPF titular da conta	Profissão Nenhum
Endereço Rua I		Número S/N	Complemento
Bairro Área rural	Cidade Sousa	Estado PB	CEP 58814-000
Email luciano.dpvat@gmail.com			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.
0558

D/V

CONTA

NRO.
013/00003845

D/V

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

*Luciano Sobrinho de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AUTO-ATENDIMENTO - AG. SOUSA

DATA: 09/03/2018

TERMINAL: 05581387

HORA: 11:07:22

CONTROLE: 055813870198

AGENCIA: 0558 - SOUSA

CONTA: 013.00003845-4

CLIENTE: LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
14/02	0.00
15/02	0.00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
14/02	0.00

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

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

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG.SOUSA
DATA: 09/03/2018
TERMINAL: 05581387

HORA: 11:07:22
CONTROLE: 055813870198

AGENCIA: 0558 - SOUSA
CONTA: 010.00003845-4
CLIENTE: LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

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

DATA

VALOR

14/02

15/02

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

VALOR

DATA

14/02

MOVIMENTAÇÃO

DATA BR.DCC 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 DISPONIVEL

SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
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

3180-275600

CPF da Vítima

057.563.284-40

Nome completo da vítima

Luciano Sobrinho de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Luciano Sobrinho de Sousa		CPF titular da conta 057.563.284-40	Profissão viciante
Endereço R. Nucleo I		Número	Complemento
Bairro Sua Rural	Cidade São Gonçalo	Estado PB	CEP 58814-000
Email uardinho dpvat@gmail.com		Telefone (DDD) (83) 98132-3425	

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

Nº 0558

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

Nº 014/000 3845

(Informar dígito se existir)

D/V

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

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

Sousa PB 25 de Junho de 2018
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Luciano Sobrinho de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO
DA PARAÍBA

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, **Título Eleitoral** **, CPF 057.563.284-40, **CNH** **.

VÍTIMA: O comunicante.

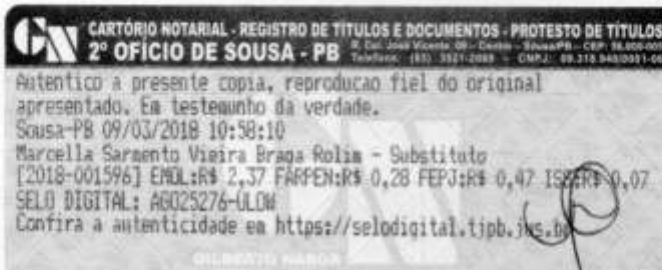
HISTÓRICO: Que o comunicante informa que no dia 25.02.2018, por volta das 19hs30min, conduzia a moto HONDA POP 100, 2014/2014, cor preta, placa QFB 1015/PB e chassi 9C2HB 0210ER461890, licenciada em nome da sua irmã LUCIENE SOBREIRA DE SOUSA e no momento que passava no centro da cidade de Nazarezinho/PB, 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:





GOVERNO
DA PARAÍBA

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, **Título Eleitoral** **, CPF 057.563.284-40, **CNH** **.

VÍTIMA: O comunicante.

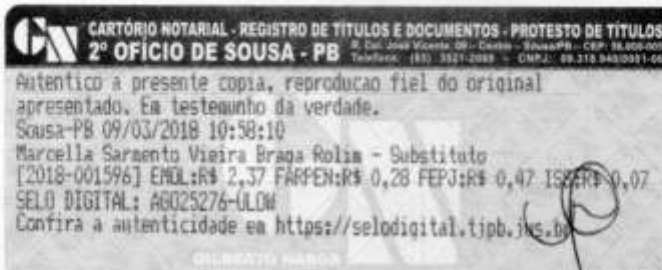
HISTÓRICO: Que o comunicante informa que no dia 25.02.2018, por volta das 19hs30min, conduzia a moto HONDA POP 100, 2014/2014, cor preta, placa QFB 1015/PB e chassi 9C2HB 0210ER461890, licenciada em nome da sua irmã LUCIENE SOBREIRA DE SOUSA e no momento que passava no centro da cidade de Nazarezinho/PB, 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:



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Luciano Sobrinho de Sousa CPF da Vítima 057.563.284-40 Data do Acidente 25/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <u>vandenhodpvat@gmail.com</u>	Telefone (DDD) <u>(83) 99180-9410</u>

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.

Sousa-PB, 09 de Março de 2018
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Luciano Sobrinho de Sousa
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 interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Luciano Sobrinho de Sousa</i>	CPF da Vítima <i>057.563.284-40</i>	Data do Acidente <i>25/02/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <i>vandinhodpvat@gmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>(83) 99180-9410</i>

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.

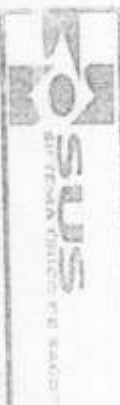
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sousa-PB, 09 de Março de 2018
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Luciano Sobrinho de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2513473CNPJ: 08.778.267/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA E. GATO PRETO Nº 433 CEP: 58.802.180,
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBAUF:PB

PACIENTE: Luciano Silveira De Sousa
SUS: 7006095613969 IDADE: 32 SEXO: M RAÇA: PB
DATA NASC: 27/01/86 PROFISSÃO: Trabalhador
ENDEREÇO: Rua Lúcio Gonçalves
BAIRRO: Paraíso MUNICÍPIO: Serra
ESTADO: PB CEP: 58.814.000 DOCUMENTO: _____
DATA DO ATENDIMENTO: 25/02/18 COD. MUNICÍPIO: 2516.20
CONTATO 038169354 Mãe _____
Acompanhante: _____

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:
Paciente jovem de ações hipertensivas
sem sintomas em face e membros
em uso sistema

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS
RESULTADOS

MATERIALS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
1. Prescrição de Amé (SUSPENSÃO)
2. Doença de 09 de 04 de 2018
3. Curitiba, 09 de 04 de 2018

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMENTO
Suspeito de Doença / Medicamento

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☒ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
- ☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
- ☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
- ☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGENCIA COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
- ☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- ☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SUÍTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
- ☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
- ☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
- ☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO

- ☒ 01- PRESCRITAÇÃO ☐ SERVAÇÃO ☐ CIDENCIA INTERNA ☐
- ☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ BITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
030110600	29	2251251
040110100	58	2258251

Recepcionista: Suelange Estrela Oliveira

ASS. DOS PROFISSIONAL(ES) ASSISTEN. (E/C) - CARIÓTIPO
POLÍCAR DIREITO

28 MAR. 2018

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

Classificação: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-680
Roteiro: 14 - 184 - 510 - 2100 Referência: Jun / 2017
NF medidor: 00008027200 Emissão: 23/06/2017

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 09.086.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.023-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001 052 997
Código para Débito Automático: 00013944288

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

2354178409
Insc. Est.

Faturas em atraso

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

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	185	0,30442	56,31
Adic. B. Vermelha			1,41
Subsidio			24,14
PS			0,89
COFINS			4,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Subsidio			-24,14

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/17	229
Abr/17	257
Mar/17	262
Fev/17	232
Jan/17	264
Dez/16	277
Nov/16	266
Out/16	275
Sep/16	282
Ago/16	230
Jul/16	235
Jun/16	218

Média dos últimos meses
256

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PS	88,87	1,0316	0,89
COFINS	88,87	4,7428	4,11

VENCIMENTO

30/06/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 62,72

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 4/2017 - São Gonçalo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,78	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	25,52	
DIC ANUAL	51,05	
FIC MENSAL	7,89	CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL	15,79	
FIC ANUAL	31,58	
DMIC	8,20	LIMITE SUPERIOR 231
DICRI	18,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	22,21	35,42
Compra de Energia	25,89	41,42
Serviço de Transmissão	1,52	2,42
Encargos Setoriais	9,01	14,37
Impostos Omitidos e Encargos	5,00	7,97
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	62,72	100,00

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

28 MAR 2018

ENERGISA PAROBIA DO TRAFEGO DE ENERGIA SA
INSTRUM. 27 - UNIAO REDEIRA - JUA FERRAS/RS - CEP 91211-000
CNPJ nº 06.900.014/0001-40 - www.energisasa.com.br

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica ATOM 7/4 257
Cód. para Reb. Automático: 99017578907

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1757550-7

Canal de contato

PREZADO CLIENTE:
O valor na conta do item "COMPLEMENTO REALISTE TAF/FAT/IO",
corresponde a cobrança de diferença de fatura emitida ao mês de
Outubro de 2017, acionada pela publicação da Resolução Hamu-
logatanz nº 2.391, conforme disposto no Art. 113 da Res. Normativa
nº 414/2010.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/10/17	4030	20/11/17	4215	1	185	32
Demonstrativo						
CCT	Descrição	Quantidade	Tarifa C/	Vigor Base C/	Aliq.	Unid(R\$)
			Tributos Totais (R\$)	ICMSUR\$	ICMS	Base Calc. Pot(R\$)
						PotCoef(R\$) (1,00%1%) (6,101%)
0001	Consumo em kWh	1+5,000	0,75-4540	139,59	139,59	27
0001	Ade B Vermelha			12,52	12,52	27
					3,38	12,52
					0,17	0,77
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			10,88	0,00	0
0004	JURO DE MORIA 10/2017			0,67	0,00	0
0005	MULTA 10/2017			3,67	0,00	0
0005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 10/2017			0,06	0,00	0
0009	COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFFARIO 10/2017			8,03	0,00	0
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
CCT	Código de Classificação do Item	TOTAL		176,42	152,11	
					41,06	152,11
					2,02	9,31

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
185	27/11/2017	R\$ 175.42

Histórico de Consumo (kWh)

246	278	124	138	118	130	217	89	285	116	253	271
Out/17	Sep/17	Aug/17	Jul/17	Jun/17	Mar/17	Apr/17	Mar/17	Feb/17	Jan/17	Dec/16	Nov/16

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

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	8,72	0,00	NOMINAL
DIG TRIMESTRAL	12,54		
DIG ANUAL	25,08		
FAC MENSAL	3,15	0,00	CONTRATADA
FAC TRIMESTRAL	7,10		
FAC ANUAL	14,20		
DMC	3,71	0,00	LIMITE INFERIOR
DIG D	12,22		LIMITE SUPERIOR

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia a F.S.	34,86	19,78
Corporação de Energia	50,14	28,68
Serviço de Transmissão	5,32	3,03
Encargos Setoriais	9,80	5,47
Impostos Diretos e Encargos	27,57	15,86
Outros Serviços	9,03	5,16
Total	175,42	100,00

Value of EUSD (Ref. 2007) 547.00	
----------------------------------	--

ATENÇÃO

ATENÇÃO
- Medida com display apagado. Filtrado pela média.

Faturas em atraso

28 MAR 2018

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

Class/Subcl: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO B-230, Km25 - Canto Redentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-680
Roteiro: 14 - 184 - 510 - 2100 Referência: Jun / 2017
Nº medidor: 0009027200 Emissão: 23/06/2017

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.096.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.423-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001 002 987
Código para Débito Automático: 000 126 84 288

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

23/08/2017

Data prevista da próxima leitura

24/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

2364170400
Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
23/05/17	15942	23/06/17	16127	1
				106
				31

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	185	0,30442	56,31
Adic. B. Vermelho			1,41
Subsídio			24,14
PIS			0,89
COFINS			4,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Subsídio			-24,14

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/17	228
Abr/17	257
Mar/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 CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	88,87	1,0316	0,98
COFINS	88,87	4,7428	4,11

VENCIMENTO

30/06/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 62,72

Média dos últimos meses
250

ESTRUTURA DO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 4/2017 - São Gonçalo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,78	NOMINAL 230
DIC TRIMESTRAL	25,52	
DIC ANUAL	51,05	CONTRATAÇÃO 202
FIC MENSAL	7,89	
FIC TRIMESTRAL	15,79	LIMITE INFERIOR 231
FIC ANUAL	31,58	
DMIC	0,99	
DICR	18,50	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PB	22,21	35,42
Compra de Energia	25,88	41,42
Serviço de Transmissão	1,52	2,42
Encargos Setoriais	6,01	9,72
Impostos Diretos e Encargos	5,00	7,97
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	62,72	100,00

Valor do EUSD (R\$) 4/2017: R\$ 41,72

28 MAR. 2018

WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA
RUA BASÍLIO SILVA, 89 / TERREO - ESTACAO
SOUSA - PB CEP 58807292 (AG 177)



Emprego: 20/11/2017 Referência: 1017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MOCHILAS (1)
Módulo: 10 - 177 - 105 - 1011 SP: 0000743810

ENERGISA PARANÁ - DISTRITO FEDERAL DE ENERGIA S.A.
Insc. no CNPJ: 06.940.000/0001-40 - CNPJ 06.940.000/0001-40
CNPJ 06.940.000/0001-40 - CNPJ 06.940.000/0001-40

Tela Fatura Central de Energia Elétrica Nº 1017/2017
Cód. para Deb. Automático: 0001701007

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: 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 Insc. Est.

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

Canal de contato

PREZADO CLIENTE
O valor na conta do item "COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIOS" corresponde à tributação de diferença de faturamento ao mês de Outubro de 2017, de acordo com a publicação da Resolução Homologatória nº 2.391, com disposto no Art. 113 da Res. Normativa nº 414/2010.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 19/10/17 Leitura: 4030	Data: 20/11/17 Leitura: 4210		180	32

Demonstrativo

Qtd	Descrição	Quantidade	Taxa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alq. (R\$/kWh)	Valor Base (R\$)	Base Cons. (R\$)	Preço (R\$)	Custo (R\$)
2001	Consumo em kWh	145,000	0,714540	103,59	13,55	27,08	130,59	1,85	9,54
0501	Atividade Vernebra			12,52	17,52	27	3,38	12,52	0,17

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0801	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUNTOS DE MCHRA 10/2017			0,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2017			3,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MCHRA 10/2017			0,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0808	COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIOS 10/2017			0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCB Codigo de Classificação do Item	TOTAL	175,42	152,11	41,06	152,11	2,02	9,21
-------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
180	27/11/2017	R\$ 175,42

Histórico de Consumo (kWh)

246	278	124	138	118	110	211	69	265	116	253	371
Out17	Set17	Ago17	Jul17	Jun17	Mai17	Abr17	Mar17	Fev17	Jan17	Dez16	Nov16

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

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,54	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	25,08		220
DIC ANUAL	3,25	0,00	CONTRATADA
FIC MENSAL	7,10		LIMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	14,20		LIMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	3,71	0,00	221
DMC	12,22		
SICR			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	34,68	19,76
Carga de Energia	50,14	28,56
Serviço de Transmissão	5,32	3,03
Energia Setorial	9,60	5,47
Intervenção Direta e Emergência	17,61	10,04
Outros Serviços	8,03	4,58
Total	175,42	100,00

Valor do ENEG (R\$) em 2017: R\$ 17,40

ATENÇÃO

- Medidor com display apagado. Fatura baseada na média.

Faturas em atraso

28 MAR 2018

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para sempre pagamento da conta faculdade de energia elétrica. Nº 007.063.178



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 232, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA LOC NUCLEO I SN NUCLEO I SAO GONCALO			5/1366626-8	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	24/05/2018	180	01/06/2018	R\$ 67,01

Acesse: 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

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Waldemir de Andrade Formiga inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.390.154/61 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciano Sabreira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.563.284/40, do sinistro de DPVAT cobertura Imaterialidade da Vítima Luciano Sabreira de Sousa, 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>Basilio Silveira</u>		Número <u>89</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Costa Rica</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58300000</u>
Email <u>Vandinho dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(33)99180-9410</u>

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

Waldemir de Andrade Formiga
Assinatura do Declarante

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Waldemberg Andrade Formiga inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.390.154/61 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciano Sabreira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.563.284/40, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Luciano Sabreira de Sousa, 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>Basilio Silveira</u>		Número <u>89</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Costa Rica</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58300000</u>
Email <u>Vandinho dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(33)99180-9410</u>

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

Waldemberg Andrade Formiga
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciene Sabreina de Sousa,
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 Uaparecida, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Cecílio Vilarantes - Centro, nº 122,
complemento — / —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Luciano Sabreina de Sousa cujo o condutor era
Luciano Sabreina de Sousa.

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 Sabreina de Sousa
Assinatura do Declarante

Luciano Sabreina de Sousa

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

CARTÓRIO NOTARIAL - REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - PROTESTO DE TÍTULOS
2º OFÍCIO DE SOUSA - PB
R. Cel. José Vicente, 09 - Centro - Sousa/PB - CEP: 58.000-000
Fone/Fax: (33) 3321-0585 - CNPJ: 08.518.946/0001-01

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
LUCIANO SOBRINHO DE SOUSA.....
Em testada verdade, Sousa-PB 09/03/2018 14:56:22
Marcella Sarmiento Vieira Braga Rolim - Substituto
[2018-091083]EMUL:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,20
SELO DIGITAL: AG004685-ONE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

Gilberto Nabor Vieira
TABELIÃO TITULAR

Marcella Sarmiento Vieira B. Rolim
TABELIÃ SUBSTITUTA

Rua Cel José Vicente, 09 - Sousa-PB.

2º OFÍCIO DE NOTAS
DE SOUSA - PB
33-3321-0585

JOSÉ MEVES MOREIRA

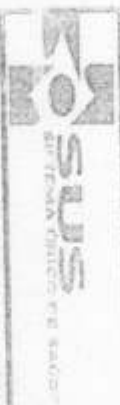
Titular: Del. Pinto Henrique Rodrigues Neves
Vice: Sérgio Estácio de Carvalho, 04 - Centro - Sousa/PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
LUCIENE SOBRINHO DE SOUSA.....
Em testada verdade, Sousa-PB 09/03/2018 11:43:59
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRITÓRIO
[2018-002643]EMUL:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,20
SELO DIGITAL: AG005651-AXSU
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Francisco de S. Pedrosa Neto
Escrivente Autorizado
- Ofício - Sousa-PB

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAR. 2018



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2513473CNPJ: 08.778.267/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA E. GATO PRETO Nº 433 CEP: 58.802.180,
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBAUF:PB

PACIENTE: Luciano Silveira De Sousa
SUS: 7006095613969 IDADE: 32 SEXO: M RAÇA: PB
DATA NASC: 27/01/86 PROFISSÃO: Trabalhador
ENDEREÇO: Rua Lúcia MUNICÍPIO: Santa Rita
BAIRRO: Paraíso DOCUMENTO: 58.814.000
ESTADO: PB CEP: 58.814.000
DATA DO ATENDIMENTO: 25/02/18 COD. MUNICÍPIO: 2516.20
CONTATO 038169354 Mãe

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Paciente vinha de ações hipertensão
dear se sentia mal na face e fêmur
na urina suava

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIALS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
1. Prescrição de analgésico (SUSPENSÃO)
2. Prescrição de analgésico (SUSPENSÃO)
3. Prescrição de analgésico (SUSPENSÃO)
4. Prescrição de analgésico (SUSPENSÃO)

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO
Suspeito de infecção / Medicação

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☒ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
- ☒ 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
- ☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
- ☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGENCIA COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
- ☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- ☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SUÍDO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
- ☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
- ☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
- ☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO

- ☒ 01- PRESCRITAÇÃO DE MEDICAMENTO
- ☐ 02- APLICADA
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO	OCBO	IDADE
03011060029	2251251	
04011010058	2251251	

Recepcionista: Suelange Estrela Oliveira

ASS. DA UNIDADE: PROFISSIONAL(ES) ASSISTEN. (E/C) - CARIÓTIPO
DE ATENDIMENTO: PROFISSIONAL(ES) ASSISTEN. (E/C) - CARIÓTIPO
PROFISSIONAL(ES) ASSISTEN. (E/C) - CARIÓTIPO

28 MAR. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.047.125 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 11/10/2017

NOME LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA
JOANA SOBREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE NAZAREZINHO-PB DATA DE NASCIMENTO 27/01/1986

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº5.166 - LIV.A-6 - FLS.105 - CARTORIO NAZAREZINHO-PB

057 563.284-40
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR
João Pessoa - PB 29/08/83
Mec. Original

A-

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR
Luciano Sobreira de Sousa

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-231




28 MAR. 2018

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

ASSINATURA DO DETENTOR

Nome Pessoa - PB

CPF 031.390.154-611

CARTÓRIO SOUSA-PB

CASAM N.24832 FLS.012 LIV.B-65

DOC ORIGEM

SOUSA-PB

DATA DE NASCIMENTO 11/05/197

NATURALIDADE

FLUÍDO

JOAQUIM ISIDRO FORMIGA

MARIA ANDRADE FORMIGA

WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

REGISTRO GERAL

NOME 2.526.736 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 26/04/2010

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-121





Wilderberg Andrade Formiga

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

28 MAR. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.047.125 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 11/10/2017

NOME LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA
JOANA SOBREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE NAZAREZINHO-PB DATA DE NASCIMENTO 27/01/1986

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº5.166 - LIV.A-6 - FLS.105 - CARTORIO NAZAREZINHO-PB

057 563.284-40
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR
Luciano Sobreira de Sousa
29/08/83
Mant. Original

A-

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR
Luciano Sobreira de Sousa

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-231




28 MAR. 2018

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

ASSINATURA DO DETENTOR

Nome Pessoa - PB

CPF 031.390.154-611

CARTORIO SOUSA-PB

CASAM N.24832 FLS.012 LIV.B-65

DOC ORIGEM

SOUSA-PB

DATA DE NASCIMENTO 11/05/197

NATURALIDADE

FLUÍDO

JOAQUIM ISIDRO FORMIGA

MARIA ANDRADE FORMIGA

REGISTRO GERAL

2.526.736 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 26/04/2010

WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-121





Wilderberg Andrade Formiga

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

28 MAR. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0100655060-4 00/00000000 2014

LUCIENE SOREIRA DE SOUSA

07875802440

NOVO PB 9C2HB0210ER4-1890

07875802440

NOVO PB 9C2HB0210ER4-1890

PAS/MOTOCICLETA/Nº Q APLIC

HONDA/POP100

2 9/97 /CI PARTIC

IPVA PAGO EM 16/05/2014

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

CAIXA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO 16/05/2014

A.F. BANCO HONDA S.A.

APARECIDA-PB LOCAL

11436

19/05/2014

11436

PB Nº 010839355162 BILHETE DE SEGURO DPVAT

07875802440

2014

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

0100655060-4

9C2HB0210ER461890

2014 19/05/2014

01006550604 HONDA/POP100

2014 9 9C2HB0210ER461890

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

16/05/2014

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

11436-1532530-20140519

28 MAR. 2018

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:

Karla Souza

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, N°89, 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 Sousa

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, 99 - Centro - Sousa/PB - CEP. 58.800-000
Telefone: (83) 3321-3389 - CNRJ. 98.318.940/2001-84

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

Em test.da verdade, Sousa-PB 09/03/2018 10:53:56
Marcella Sarmiento Vieira Braga Rolim - Substituta
[2018-001087]EMUL-RS #9, 98 FAFB-MS 0,28 FEPD:KS 1.39 1.39KS 8.28
SELO DIGITAL: AG004684-2018
Confira a autenticidade em <http://selodigital.trbpb.org.br>

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

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

Rua Cel José Vicente, 99 - Sousa-PB.


28 MAR. 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, GARÇOM, PORTADOR DO RG Nº 3.047.125 SSP/PB E CPF Nº 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 Gabriva 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. João Vitorino, 89 - Centro - Sousa - PB - CEP: 58.200-000
 Telefone: (31) 3241-2388 - CNPJ: 08.318.840/0001-56

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

Em testada verdade, Sousa-PB 07/03/2018 10:55:56
 Marcella Saraento Vieira Branc Kolm - Substituto
 (2018-001087)EMUL-03 49,48 FAPERS 0,28 PER-03 1,50 LENS 0,29
 SELO DIGITAL: A600468A-2031

Confira a autenticidade em <http://selodigital.tbu.pb.gov.br>

Cartório de Títulos e Documentos