



Número: **0802812-15.2018.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **31/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA (AUTOR)		KAMILA JOYCE SILVA DE MORAIS (ADVOGADO) FRANCISCO EVANGELISTA NOBRE DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36070734	29/10/2020 11:57	Petição	Petição
36070739	29/10/2020 11:57	2641555_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36070740	29/10/2020 11:57	2641555_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**
Nº Sinistro: **3180143289**
Vítima: **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** 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

Pag. 00113/00114 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12593917



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

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

Nº Sinistro: **3180143289**

Vítima: **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

Pag. 00497/00498 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Pag. 00779/00780 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12647110



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

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

Nº Sinistro: **3180143289**
Vítima: **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

Pag. 01157/01158 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12824568



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

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

Nº Sinistro: **3180275600**

Vítima: **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

Pag. 00517/00518 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**
Nº Sinistro: **3180275600**
Vítima: **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** 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

Pag. 00719/00720 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12972920



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

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

Nº Sinistro: **3180275600**
Vítima: **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

Pag. 00905/00906 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13086996





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

HORA: 11:07:22
CONTROLE: 055813870198

AGENCIA: 0558 - SOUSA
CONTA: 000.00003845-4
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

DATA	VALOR
14/02	

MOVIMENTAÇÃO

DATA	VR.DCC	HISTORICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

Fevereiro

14/02	000000	REM BASICA	
14/02	000000	CRED JUROS	
15/02	020000	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
Ouvidoria 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 Ricardo
Endereço Rua I		Número 511	Complemento
Bairro Araucária	Cidade Sousa	Estado PB	CEP 58814-000
Email luciano.sobrinho.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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0558 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 013/0003845 D/V 9 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

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			1.00
----------------	--	--	------

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 32.882

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO 0.00

SALDO DISPONIVEL 0.00

SALDO TOTAL 0.00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 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: 000.00003845-4
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

HR.DCC

HISTORICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

Fevereiro

14/02	000000	REM BASICA
14/02	000000	CRED JUROS
15/02	020000	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
Ouvidoria 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: 3180275600 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: maquiagem
Endereço: Av. Nucleo I Número: Complemento
Bairro: Área Rural Cidade: São Gonçalo Estado: PB CEP: 58814-000
Email: uardinho.dpvat@gmail.com Telefone (DDD): (83) 99132-3425

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO: _____ NRQ: _____ AGÊNCIA: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA: _____ NRQ: <u>0558</u> (Informar dígito se existir)	CONTA: _____ NRQ: <u>014/000 3845</u> (Informar dígito se existir)	CONTA: _____ NRQ: _____ (Informar dígito se existir)	D/V: _____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

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.

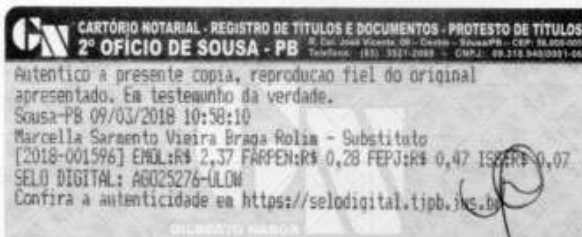
HISTÓRICO: Que o comunicante informa que no dia 25.02.2018, por volta das 19hs30min, conduzia a moto HONDA POP 100, 2014/2014, cor preta, placa QFB 1015/PB e chassi 9C2HB 0210ER461890, licenciada em nome da sua irmã LUCIENE SOBREIRA DE SOUSA e no momento que passava no centro da cidade de Nazarezinho/PB,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

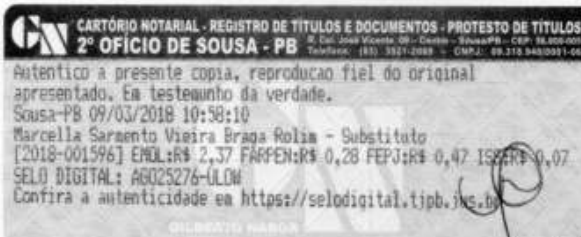
HISTÓRICO: Que o comunicante informa que no dia 25.02.2018, por volta das 19hs30min, conduzia a moto HONDA POP 100, 2014/2014, cor preta, placa QFB 1015/PB e chassi 9C2HB 0210ER461890, licenciada em nome da sua irmã LUCIENE SOBREIRA DE SOUSA e no momento que passava no centro da cidade de Nazarezinho/PB,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



28 MAR. 2018



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 Sobrinho 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

vandenbodpvat@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.

Souza-PB, 09 de Março de 2018

Local e Data

Luciano Sobrinho de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

28 MAR. 2018



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 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: vandinhodpvat@gmail.com Telefone (DDD): (03) 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.

Souza-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

DAL1.001 V001/2017

28 MAR 2018





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2513475CNPJ: 08.773.267/0027-09

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA E: GATO PRATO Nº 433 CEP: 58.802-180.

MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBAUF: 28

PACIENTE: Sueliane Oliveira De Sousa
SUS: 70060285612969 IDADE: 32 SEXO: M RAÇA: PB
DATA NASC: 27/01/86 PROFISSÃO: professora
ENDEREÇO: Rua Lúcia Gonçalves
BAIRRO: Paraíso MUNICÍPIO: SOUSA
ESTADO: PB CEP: 58814000 DOCUMENTO: _____
DATA DO ATENDIMENTO: 25/02/18 COD. MUNICÍPIO: 2516.20
CONTATO: 638169304 Mãe _____

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Paciente sem de ações medicinas
sem exame em face e funções
em uso sistema

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIALS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Exame físico (SUS) (SUS)

2. Exame físico (SUS) (SUS)

3. Exame físico (SUS) (SUS)

4. Exame físico (SUS) (SUS)

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA ESPECIALIZADA:

28 MAR. 2018

TIPO DE ATENDIMENTO:

- PROCEDIMENTO
- ☒ 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 (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☒ 01 - PRESCRITAÇÃO ☐ 02 - OUTRO HOSPITAL ☐ 03 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

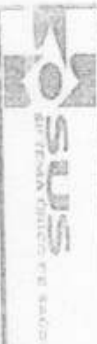
CODIGO PROCEDIMENTO CBO IDADE
0301060029 225125
0401010058 225825

Recepcionista: Sueliane Oliveira

ASS. RESPONS. TÉCNICO (S) ASSISTEN. E(C) - CARIÓTIPO (S)
ASS. RESPONS. TÉCNICO (S) ASSISTEN. E(C) - CARIÓTIPO (S)
ASS. RESPONS. TÉCNICO (S) ASSISTEN. E(C) - CARIÓTIPO (S)

POLEGAR DIREITO





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2513475CNPJ: 08.773.267/0027-09

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: PARAÍBAUF: 28

PACIENTE: Sueliane Oliveira De Sousa
SUS: 70060285612969 IDADE: 32 SEXO: M RAÇA: PB
DATA NASC: 27/01/86 PROFISSÃO: Trabalhadora
ENDEREÇO: Rua São Gonçalo
BAIRRO: Três Irmãs MUNICÍPIO: SOUSA
ESTADO: PB CEP: 58814000 DOCUMENTO: _____
DATA DO ATENDIMENTO: 25/02/18 COD. MUNICÍPIO: 2516.20
CONTATO: 638169304 Mãe _____

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Paciente jovem de ações medicamentosa com sintomas de febre e fadiga em uso sistemático.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIALS - MATERIAIS E OUTROS RECURSOS

1. Exame físico (SUSPENSÃO)

2. Exame físico (SUSPENSÃO)

3. Exame físico (SUSPENSÃO)

4. Exame físico (SUSPENSÃO)

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

Sueliane Oliveira De Sousa

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 (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☒ 01 - PRESCRITAÇÃO ☐ 02 - SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO ☐ 03 - IDÉNCIA INTERNA ☐
☐ 04 - APLICADA ☐ 05 - OUTRO HOSPITAL ☐ 06 - BITO ☐ 07 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO PROCEDIMENTO CBO IDADE
0301060029 225125
0401010058 225825

Recepcionista: Sueliane Oliveira

Recepcionista

ASS. (S) DE ATENDIMENTO (S) ASSISTEN. E (S) - CARIÓTIPO (S)
DE ATENDIMENTO (S) ASSISTEN. E (S) - CARIÓTIPO (S)
DE ATENDIMENTO (S) ASSISTEN. E (S) - CARIÓTIPO (S)

POLEGAR DIREITO

28 MAR. 2018

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

Classificação: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 14 - 194 - 510 - 2100
NF medidor: 00009027200

Referência: Jun/2017
Emissão: 23/06/2017

ENERGISA PARABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Cristó Redentor - João Pessoa/PB - CEP 54071-680
CNPJ 09.096.180/0001-40 - Insc Est 16.015.925-0
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº 001.002.997
Código para Débito Automático: 00013001268

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1366626-8**

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

23/06/2017

Data prevista da próxima leitura

24/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

2364178409
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
Adc. B. Vermelha			1,41
Subsidio			24,14
PIS			0,89
COFINS			4,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Subsidio			-24,14

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/17	229
Abr/17	257
Mai/17	262
Fev/17	232
Jan/17	264
Dez/16	277
Nov/16	266
Out/16	275
Set/16	262
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
PIS	66,87	1,0318	0,69
COFINS	66,87	4,7426	4,11

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
30/06/2017 **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	5,82	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	25,52		
DIC ANUAL	51,05	2,00	CONTRATADA 202
FIC MENSAL	7,89		LIMITE INFERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	15,79		
FIC ANUAL	31,58	4,02	
DMC	8,96		
DICRI	18,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	22,21	35,42
Compra de Energia	25,98	41,42
Serviço de Transmissão	1,52	2,42
Encargos Setoriais	9,01	14,37
Impostos Diretos 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:57:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911571018900000034444398>

Número do documento: 20102911571018900000034444398

Num. 36070739 - Pág. 19

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

Emprego: 20/11/2017 Referência: 18/12/2017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Retro: 10 - 177 - 185 - 101 - 19 Medidor: 0000874310



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
RUA ANTONIO SÁBIO REZENDE, 100 - FLORESTA - CEP: 05133-000
CNPJ: 06.940.441/0001-40 - END: 1001-12-00

Total Fatura: Cota de Energia Elétrica (R\$) 174,26
Cód. para Dth Automático: 90017010007

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: 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 TARIFARIO",
corresponde a cobrança da diferença de faturamento ao mês de
Outubro de 2017, ocasionada pela publicação da Resolução Normativa
nº 2.291, com disposição Art. 113 da Res. Normativa
nº 414/2016.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/10/17	4030	20/11/17	4215	
Demonstrativo				
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa de Valor Base (R\$) Aliq. Lítro (R\$) Base Conc. Pro (R\$) Cota (R\$)	
			Tributação Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS Po (Cota) (R\$) (1,00%) (R\$) (1,00%)	
0001	Consumo em kWh	145,000 U/754540	138,58 128,58 27 37,88 138,58 1,85 8,54	
0001	Adic. B. Vermelha		12,52 12,52 27 9,38 12,52 0,17 0,77	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0907	CONTRIBUIÇÃO LIMPA PÚBLICA		10,88 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0904	JURCOS DE MORA 10/2017		0,97 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0905	MULTA 10/2017		3,67 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017		0,06 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0909	COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO 10/2017		8,03 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 115,42 152,11 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 | 136 | 118 | 110 | 217 | 89 | 285 | 116 | 258 | 371
Out/17 | Set/17 | Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16

f85a.1f8c.c83d.ad73.ad1c.6feb.dcd6.a8db.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIÁ MENSAL		0,00	
DIÁ TRIMESTRAL	12,54		NOMINAL 220
DIÁ ANUAL	25,08		
FIÁ MENSAL	3,55	0,00	CONTRATADA
FIÁ TRIMESTRAL	7,10		LIMITE INFERIOR 202
FIÁ ANUAL	14,20		LIMITE SUPERIOR 231
DMSC	3,71	0,00	
ENCR	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa PB	34,88	19,78
Compra de Energia	50,14	28,58
Serviço de Transmissão	9,32	5,32
Encargos Setoriais	9,60	5,47
Impostos Diretos e Encargos	27,67	15,78
Outros Serviços	9,03	5,15
Total	175,42	100,00

Valor do EUSD (Ref. 30/2017) R\$ 7,10

ATENÇÃO

- Medida com display apagado. Fatura não tem média.

Faturas em atraso

28 MAR 2018



RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA
LOC NUCLEO 1, SN / NUCLEO 1 - AREA RURAL
SAO DONALDO / PB CEP: 58814000 (AQ: 177)

Classificação: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO
Rua: 14 - 194 - 510 - 2150
Nº medidor: 00039027200

Referência: Jun / 2017
Emissão: 23/08/2017

ENERGISA PARANA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Cidade: Curitiba - Jato Pessoa / PB - CEP: 54071-680
CNPJ: 09.086.183/0001-40 - Ins. Est. 16.045.629-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº001.002.997
Código para Débito Automático: 00012614288

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

2364178408
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
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	268
Out/16	276
Set/16	262
Ago/16	230
Jul/16	235
Jun/16	218

Média dos últimos meses
236

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	7,00	0,00
PIS	98,97	1,0318	0,99
COFINS	98,97	4,7429	4,11

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

30/06/2017

R\$ 62,72

RESERVA DO 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	5,92	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	25,52		
DIC ANUAL	51,05	2,00	CONTRATAÇÃO
FIC MENSAL	7,89		LIMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	16,79		LIMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	31,56	4,02	
DMIS	8,05		
DIGR	18,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	22,21	35,42
Compra de Energia	26,98	41,42
Serviços de Transmissão	1,52	2,42
Encargos Setoriais	6,01	9,71
Impostos Diretos 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:57:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911571018900000034444398>

Número do documento: 20102911571018900000034444398

WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA
RUA BAILÃO SILVA, 89 / TERREO - ESTACAD
SOUSA / PB CEP: 58801292 (AG 177)

Empresa: 20/11/2017 Referência: Nov/2017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICA
Módulo: 10 - 177 - 105 - 1011 SP Medidor: 00008743810



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - PARANÁ
CNPJ: 06.940.000/0001-40 - INSC EST: 04.000.000-00

Endereço: Rua da Energia, 1000 - 1000-000
Cidade: Curitiba - PR - CEP: 81250-000

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 083 0196** Acesso: 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 do item COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO, corresponde a cobrança de diferença de faturamento ao mês de Outubro de 2017, decorrente da publicação da Resolução Normativa nº 2.391, em 2017, conforme disposto no Art. 113 da Resolução Normativa nº 614/2016.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/10/17	4030	20/11/17	4215	32

Demonstrativo							
QTD	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor Base (R\$)	Base Calc. (R\$)	Cobrança (R\$)	Cobrança (R\$)
0001	Consumo em kWh	185,000	0,00	185,00	185,00	1,85	8,54
0001	Atividade Verneha	12,50	12,50	27	3,38	12,50	0,17

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0001	CONTRIBUIÇÃO LIMPA PÁVIA	10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JURISDIÇÃO DE MORA 10/2017	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 10/2017	3,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO 10/2017	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC	Código de Classificação do Item	TOTAL	175,42	152,11	41,06	152,11	2,02	0,31
----	---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

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

Histórico de Consumo (kWh)											
24h	77h	124	136	118	110	211	89	265	115	252	371
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

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

Indicadores de Qualidade				9/2017 - 04/2018		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	12,54	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia	34,66	19,75
DIC TRIMESTRAL	25,08	0,00	220	Compra de Energia	50,14	28,56
DIC ANUAL	3,22	0,00	CONTRATADA	Serviços de Transmissão	9,32	5,33
FC MENSAL	7,10	0,00	302	Encargos Setoriais	9,60	5,47
FC TRIMESTRAL	14,20	0,00	LIMITE INFERIOR	Interessos Diretos e Encargos	67,67	38,96
FC ANUAL	3,71	0,00	LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	9,03	5,15
DMC	12,22	0,00	221	Total	175,42	100,00

Atenção: Medidor com display apagado. Faturado pela média. Faturas em atraso

28 MAR 2018



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recebo para simples pagamento da conta facilitada da energia elétrica. N° 007.063.178



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA
LOC NUCLEO I SN NUCLEO 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



DEixe aqui

RAIMUNDO ALEXANDRE DE SOUSA

Roteiro: 14-184-510-2100

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/05/2018

VENCIMENTO

01/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 67,01

MATRICULA

1300626-2018-05-7

26 JUN 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:57:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911571018900000034444398>

Número do documento: 20102911571018900000034444398

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 (eclusivo 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/biblioteca/web/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 nº9.613/98.

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 Salgueira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.563.284/40, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Luciano Salgueira 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 Silva</u>		Número <u>89</u>	Complemento _____
Bairro <u>Costaça</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

Waldemberg Andrade Formiga
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

28 MAR. 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 (eclusivo 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/BIBLIOTECABWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Waldemberg Andrade Ferraço inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.390.154/61 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciano Salgueira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.563.284/40, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Luciano Salgueira 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 Silva</u>		Número <u>89</u>	Complemento _____
Bairro <u>Costaça</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

Waldemberg Andrade Ferraço
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

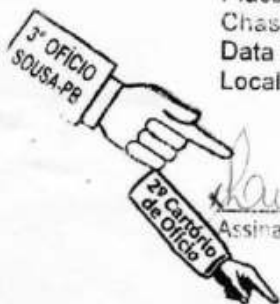
28 MAR. 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciene Salgueira 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 Aparecida, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Recilcio Albrantes - 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 Salgueira de Sousa cujo o condutor era
Luciano Salgueira de Sousa.

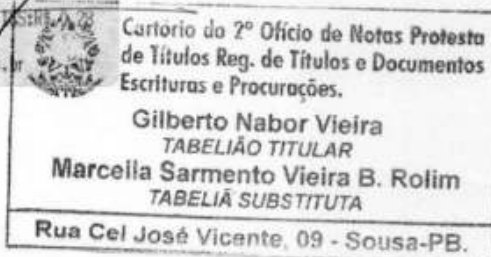
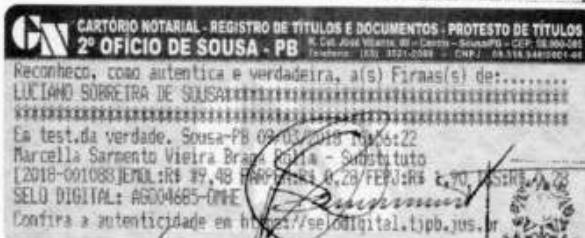
Veículo: HONDA POP 100
 Modelo: 2014
 Ano: 2014
 Placa: QFB 1015/PB
 Chassi: 9C2HB0210ER461890
 Data do Acidente: 25/02/2018
 Local e Data: Sousa-PB 09/03/2018



Luciene Salgueira de Sousa
 Assinatura do Declarante

Luciano Salgueira de Sousa

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



DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAR. 2018





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2513475CNPJ: 08.773.267/0027-09

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: PARAÍBAUF: 28

PACIENTE: Sueliane Oliveira De Sousa
SUS: 70060285612969 IDADE: 32 SEXO: M RAÇA: PB
DATA NASC: 27/01/86 PROFISSÃO: professora
ENDEREÇO: Rua São Gonçalo
BAIRRO: Paraíso MUNICÍPIO: SOUSA
ESTADO: PB CEP: 58814000 DOCUMENTO: _____
DATA DO ATENDIMENTO: 25/02/18 COD. MUNICÍPIO: 2516.20
CONTATO: 638169304 Mãe _____

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Paciente sem de ações medicinas
sem exame em face e função
em uso sistema

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIALS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Exame físico (SUS) 25/02/18
2. Exame físico (SUS) 25/02/18
3. Exame físico (SUS) 25/02/18
4. Exame físico (SUS) 25/02/18

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA ESPECIALIZADA:

28 MAR. 2018

TIPO DE ATENDIMENTO:

- PROCEDIMENTO
- ☒ 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 (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
 - ☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA
 - ☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
 - ☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- SERVIÇOS REALIZADOS:
- ☒ 01 - PRESCRITAÇÃO ☐ 02 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA
 - ☐ 02 - APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ OUTROS

CODIGO PROCEDIMENTO COBO

0301060029	225125
0401010058	225125

Recepcionista: Sueliane Oliveira

ASS. RESPONS. JUR. (S) ASSISTEN. E(C) - CARIÓTIPO



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 - CARTÓRIO
NAZAREZINHO-PB

057.563.284-40
João Pessoa - PB

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: SUELIO MOREIRA TORRES
DATA: 29/10/2020

A-

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: SUELIO MOREIRA TORRES

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-231

78 MAR. 2018



LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASSINATURA DO DETENTOR

CPF 031.390.154-611

CARTÓRIO SOUSA-PB

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

SOUZA-PB

DOC. ORIGINAL

DATA DE NASCIMENTO 11/05/197

NATURALIDADE

FILHO

JOAQUIM ISIDRO FORMIGA

MARIA ANDRADE FORMIGA

WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

2.526.736 - 2 VIA

DATA DE EXPEDIENTE 26/04/2010

REGISTRO GERAL

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

ASSINATURA DO TITULAR

WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

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 - CARTÓRIO
NAZAREZINHO-PB

057.563.284-40
João Pessoa - PB

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: SUELIO MOREIRA TORRES
DATA: 29/10/2020

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: SUELIO MOREIRA TORRES

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-231

78 MAR. 2018



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.526.736 - 2 VIA

DATA DE EXPEDIENTE 26/04/2010

NOME WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

FILIAÇÃO JOAQUIM ISIDRO FORMIGA

NATURALIDADE MARIA ANDRADE FORMIGA

SOUZA-PB

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

CPF 031.390.154-611

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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



28 MAR. 2018

Jul-2013



28 MAR. 2018

2013-02-11



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, 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 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, 09 - Centro - Sousa/PB - CEP. 58.800-000
Telefone: (83) 3321-3269 - CNPJ: 08.378.940/0001-26

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

Em test.da verdade. Sousa-PB 09/03/2018 10:55:56
Marcella Sarmento Vieira Braga Rolim - Substituta
C2018-001087JENCL:RS 49.48 FAFPS:RS 04.28 FEPD:RS 1.50 T:RS 1.50
SELO DIGITAL: A0004684-20JL
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

28 MAR. 2018

Cartório do 2º Ofício de Notas Protesta
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.

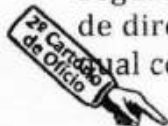


PROCURAÇÃO PARTICULAR

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 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, 09 - Sousa - PB - CEP: 58.800-000
Telefone: (83) 3251-2089 - CNPJ: 05.373.940/0001-26

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

Em test. da verdade. Sousa-PB 09/03/2018 10:55:56
Marcella Sarmento Vieira Braga Rolim - Substituta
C2018-001087JENQ-RS Nº 40 FAFPA-RS 04/28 FEPJ-RS 1.301.303
SELO DIGITAL: 46004684-203L
Confira a autenticidade em <http://brasil.selo.digital.tipo>

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
TABELIÃO SUBSTITUTA
Rua Cel José Vicente, 09 - Sousa-PB.

28 MAR. 2018





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08028121520188150371

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCIANO SOBREIRA DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Ademais, o ilustre perito na confecção do laudo de fls. atestou que inexistiu nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a esta situação.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOUSA, 27 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:57:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911571054700000034444399>
Número do documento: 20102911571054700000034444399