



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160625067 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ROBERTO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CG Corretora de Seguros Ltda - ME

BENEFICIÁRIO JOSE ROBERTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 01414106475

Posição em 06-06-2017 21:50:47

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
22/11/2016	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 010/2016

Aos SETE dias do mês de JANEIRO do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de SANTA RITA, estado da PARAÍBA, e na 5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL, sob a responsabilidade da Autoridade Policial o(a) Bel.(ª) EVERALDO BARBOSA DE MEDEIROS FILHO, Delegado(a) de Polícia Civil, aí, por volta das 10:22 horas, compareceu: JOSÉ ROBERTO DA SILVA, brasileiro, solteiro, natural de Sapé/PB, nascido em 30/01/1979, filho de Arcanjo Cândido da Silva e de Lúcia Correia da Silva, RG. 2.624.006-2ª via-SSP/PB, CPF não apresentado, residente na Rua Dalva Cantalice Falcone, 66, Eitel Santiago, Santa Rita/PB, telefone (83) 3217-6499 / 9.8703-1294. CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O SEGUINTE REGISTRO: *QUE afirma o noticiante que, na data de 09/10/2015, por volta das 17h30min, estava pilotando a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ESD, de cor vermelha, placa OGF0575/PB, Chassi 9C2KD0540ER015747, Renavam 0060053286-0, na pista nova que está sendo construído no bairro de Bebelândia, Santa Rita/PB; QUE afirma o noticiante que, em dado momento, no momento de fazer uma curva, acabou perdendo o controle da motocicleta e veio ao chão; QUE afirma o noticiante que, quando estava ao chão, alguns populares passaram no local e viram o noticiante, momento em que chamaram o SAMU, a fim de socorrer o noticiante; QUE afirma o noticiante que foi socorrido por viatura do SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, tendo entrado naquela unidade hospitalar às 18h07min, diagnosticado com "FERIMENTO EXENSO EM CAVIDADE ORAL", CID 10 "S 01.5"; QUE afirma o noticiante ter recebido atendimento médico e ficou no referido hospital por três dias, sendo liberado dia 12/10/2015, conforme Laudo Médico, o qual faz juntada a este termo o noticiante; QUE afirma o noticiante registrar a presente ocorrência policial a fim de pleitear recebimento do seguro DPVAT. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou Fé.*

Santa Rita, 07 de janeiro de 2016.

X José Roberto da Silva
Noticiante

[Assinatura]
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 168.619-4





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

(ATO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 609/064, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 982529, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE ROBERTO DA SILVA** idade 36 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 09/10/2015, na av. principal prox. a loja de móveis Bebelândia, Bairro: Bebelândia - Santa Rita - aproximadamente as 17:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 15 de Setembro de 2016.

Jefferson Rocha Augusto
Assinatura
CNPJ 08.806.754/0015-40

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Roberto de Silva, portador da carteira de identidade nº 2624006 e inscrito no CPF sob o nº 014141064-75, residente e domiciliado na TRAVESSA Veloso Bonfatti S/N - Livramento, CEP 58919-000, Cidade Santa Rita, Estado Pernambuco, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Roberto de Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Santa Rita 10-10-2016

Local e data



3º Ofício de Notas de Santa Rita - PB

RUA SIQUEIRA CAMPOS, 19 - SALA A - CENTRO - SANTA RITA - PB

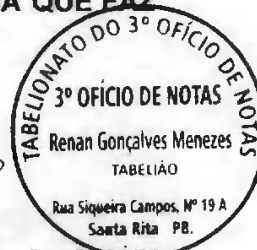
TABELIÃO: RENAN GONÇALVES MENEZES

ESCRITURA PÚBLICA DE ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ ERNADE LUIZ DA SILVA

Livro: 24

Folha(s): 1 à 1v

Declaração do Proprietário



TRASLADO DE ESCRITURA PÚBLICA, que fazem e assina.
Outorgante ERNADE LUIZ DA SILVA, na forma abaixo como se declara.

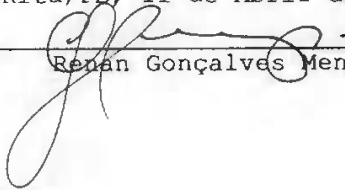
SAIBAM todos quantos esta pública escritura virem que aos ONZE (11) dias do mês de ABRIL do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, Rua SIQUEIRA CAMPOS, número 19, Bairro CENTRO, em minha serventia cujos serviços a mim foram regularmente delegados pelo Poder Público Estatal, compareceram partes entre si previamente acordadas, a saber: de um lado como Outorgante o **Sr. ERNADE LUIZ DA SILVA**, brasileiro, pescador artesanal de peixes e camarões, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2120091, Órgão Emissor SSP-PB, e, do CPF/MF de número 029.548.104-83, residente e domiciliado na(o) Rua Estrela, s/n, Bairro Livramento, na cidade de Santa Rita, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por Outorgado analfabeto, assinando a rogo o **Sr. FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES**, brasileiro, casado, portador do(a) Carteira de Habilitação de número 02493868258, Órgão Emissor DETRAN - PB, e, do CPF/MF de número 813.407.107-49, residente e domiciliado na(o) Rua Oldena Carneiro Pereira de Melo, nº 154, Apto. 105, Bessa, na cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento; Os presentes, pessoas identificadas como as próprias por mim Tabelião Bel que esta subscreve, através dos documentos apresentados e acima mencionados, do que dou fé. E então por ele me foi que é proprietário de 01(uma) motocicleta Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD, Ano de Fabricação: 2013, Ano Modelo: 2014, Placa: OFG0575/PB, cor: vermelha, número do CHASSI: 9C2KD0540ER015747, Código RENAVAN 0060053286-0, e que no dia 09/10/2015 por volta das 17:30 horas estava conduzindo minha motocicleta, o **Sr. JOSÉ ROBERTO DA SILVA**, brasileiro, trabalhador rural, maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2624006, Órgão Emissor SSDS-PB, e, do CPF/MF de número 014.141.064-75, na pista nova que está sendo construída no bairro Bebelândia, deste município, e que em dado momento, quando estava a fazer uma curva, acabou perdendo o controle da motocicleta e veio ao chão. Quando estava no chão alguns populares passaram pelo

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



local e viram o senhor José Roberto caído, onde chamaram o SAMU a fim de socorrer o ferido, daí foi atendido pela equipe do SAMU e encaminhado ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde deu entrada às 18:07 horas do dia 09/10/2015, sendo diagnosticado com "FERIMENTO EXTENSO EM CAVIDADE ORAL", CID 10 "S01.5" e foi dado alta hospitalar no dia 12/10/2015, conforme laudo médico da unidade hospitalar, cujo número do prontuário 90.930. Estando ciente de que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, poderá responder criminalmente por infração ao Art. 299 do Código Penal Brasileiro. Que ele declarante, firma a presente declaração espontaneamente para que produza seus devidos efeitos legais. E como disse e outorgo, me pediu que lavrasse esta Escritura, que lhes sendo lida em voz alta foi achada conforme e aceita. Eu, Renan Gonçalves Menezes, Tabelião Bel, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho () da verdade. As.: ERNANDE LUIZ DA SILVA; FERNANDO LEITE RODRIGUES. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 11 de Abril de 2016, às fls. 1 a 1v. Emolumentos: R\$ 42,45; Taxa FARPEN: R\$ 25,27; Taxa FEPJ: R\$ 7,81; Taxa MP: R\$ 0,68; Valor Total: R\$ 76,21, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: ADC09431-7CY2 - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Santa Rita/PB, 11 de Abril de 2016


Renan Gonçalves Menezes





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>João Roberto da Silva</u>			Registro: <u>871765</u>		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <u>BMF</u>	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>09/10/15</u>			Data da alta: <u>12/10/15</u>		
Diagnóstico inicial: <u>Ferimento extenso em cavidade oral</u>					
Diagnóstico final: <u>O mesmo</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Reconstrução de sulco gengivolabial inferior</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando ferimento extenso em cavidade oral sendo submetido a procedimento cirúrgico para reconstrução de mesmo. Evoluiu em BGS, apneico, hidratado, corado, com turgor normal e normotensão arterial.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>pastosa</u>					
Repouso: relativo em casa por, <u>sete</u> dias. retorno às atividades sem esforço físico em, <u>10</u> dias. retorno às atividades com esforço físico leve, <u>15</u> dias e com maior em, <u>20</u> dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Amoxicilina e Dipirona</u>					
Retorno: <u>ao Hospital de Trauma em 7 dias</u>					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório em 30 dias para revisão <u>Ana Karina Tormes</u> <u>08/10/15</u>					
João Pessoa: <u>12</u> de <u>10</u> de <u>2015</u> Ass. Médica <u>Ortopedia e Maxilofacial</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ ROBERTO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 30/01/79

NOME DA MÃE LUCIA CORREIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 871.765

Nº PRONTUÁRIO 90.930

DATA DO ATENDIMENTO 09/10/2015

HORA DO ATENDIMENTO 18:07

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FERIMENTO EXTENSO EM CAVIDADE ORAL

CID 10 S 01.5

AVALIAÇÃO INICIAL

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimento em face. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

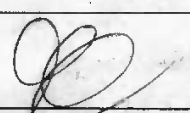
TC de crânio

TRATAMENTO:

Sem alterações à TC. Ferimento extenso em fundo de vesíbulo inferior. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Autran Nóbrega.

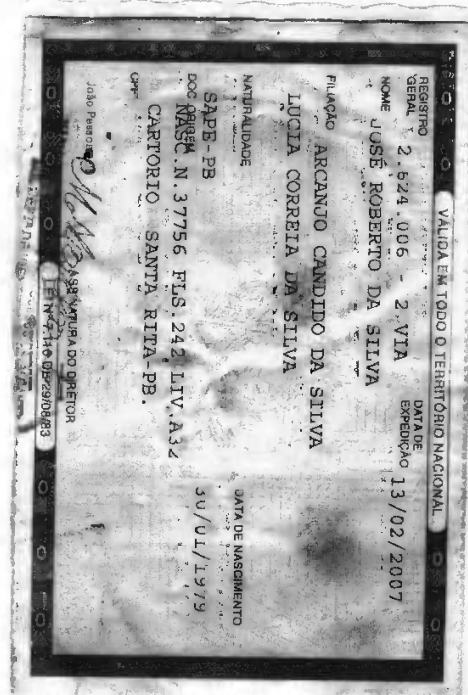
ALTA HOSPITALAR: 12/10/15

DATA DA EMISSÃO: 17/11/15


Dr. Ewerton Moreira Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, nem que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

1. Jose Roberto da Silva
 ORTADOR(A) DO RG Nº 2624 006 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 13/02/2007
 Nº 004141064-73 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor
 RENDA MENSAL DE R\$ Requisição (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Roberto da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, críticos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1268-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 50427-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita, 10 de Outubro de 2016 x Jose Roberto da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





SEVERINO FERNANDES DA SILVA
TRAV. VELOSO BORGES, S/N - LIVRAMENTO
SANTA RITA/PB CEP: 68818000 (AG. 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 8 - 8-812 - 4320
Nº medidor: 00008497008

Referência: Ago/2016
Emissão: 18/08/2016

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Cidade Residencial: João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 08.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 1000.569.068
Código para Débito Automático: 00001383301

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/638330-1**

Ago/2016

Canal de contato

Apresentação

18/08/2016

Data prevista da próxima leitura

18/09/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

34375759453
Insc. Est.

Faturas em atraso

20/04/2016 - 106,23

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/07/16	4182	18/08/16	4278	
			96	32

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	96	0,41817	39,90
ICMS			13,48
PIS			0,20
COFINS			0,93
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA			1,16
JUROS DE MORA 07/2016			0,21
MULTA 07/2016			1,03
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2016			0,02

Histórico de Consumo (kWh)

Jul/16	85
Jun/16	81
Mai/16	43
Abr/16	158
Mar/16	198
Fev/16	179
Jan/16	160
Dez/15	142
Nov/15	118
Out/15	118
Set/15	127
Ago/15	123

Média dos últimos meses
127 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	53,91	25,00	13,48
PIS	53,91	0,3786	0,20
COFINS	53,91	1,7383	0,93

VENCIMENTO
23/08/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 56,35

b7e6.7409.7e7c.a1e1.7ce6.ecaa.c428.d2b4

Indicadores de Qualidade 6/2016 - Santa Rita

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,20	8,30
DIC TRIMESTRAL	22,52	
DIC ANUAL	44,65	
FIC MENSAL	7,90	2,00
FIC TRIMESTRAL	15,79	
FIC ANUAL	31,58	
DMIC	6,08	4,33
DICRI	10,60	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia SPB	14,53	25,78
Compra de Energia	19,03	33,77
Serviço de Transmissão	1,14	2,02
Encargos Setoriais	4,80	8,51
Juros e Encargos	17,05	30,28
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	56,35	100,00

Valor do EUSD (Ref. 07/2016) R\$ 20,21

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo a conta em nome de ANEEL, a responsabilidade pelo pagamento da fatura permanece com o titular da conta, mesmo após a transferência para o novo titular. O prazo de validade da fatura é de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura e não paga.



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 13/06/2017 17:17:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1706131716160080000008106777

Número do documento: 1706131716160080000008106777

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Roberto de Silva

RG nº 2624006, data de expedição 13/02/2007

Órgão SSDS/PB, CPF nº 014141064-75, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Travessa Veloso Borges</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Livramento</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58919-000</u>
Telefone de contato	<u>83-998134333 83 988975008</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita, 10/10/2016

José Roberto de Silva

Assinatura do Declarante



•PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: José Roberto da Silva, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG Nº 2 634.006 e CPF Nº 014.141.064-45, residente e domiciliado na Rua Travessa Velloso Barros, 5/N, Livramento, Santa Rita/PB, CEP 58919-000

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Hérica Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB – PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB – PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa – PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 08 de Junho de 2017.

X José Roberto da Silva

OUTORGANTE

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE POBREZA

JOSÉ ROBERTO DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, PORTADOR DO RG Nº 2.621.006 E
CPF Nº 014.141.054-75, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA TRAVESSA VELOSO BARROS, 5/N, LI-
VRAMENTO, SANTA RITA/PB, CEP 58919-000.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com a custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB, 08 de junho de 2017.

x José Roberto da Silva
DECLARANTE

Scanned by CamScanner





Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0829156-27.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

P.I e Cumpra-se

João Pessoa, data definida no sistema

Magnogledes Ribeiro Cardoso

Juiz(a) de Direito

