

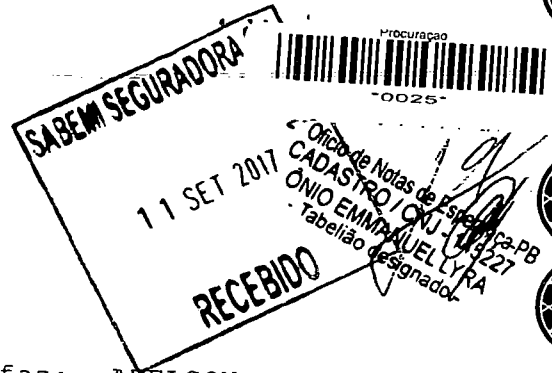


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVIÇO NOTARIAL MA.
2º Ofício de Notas
Kedima Almeida de
ESCRITÓRIO

PROCURAÇÃO

Livro: 15
Folha(s): 187 à 187v

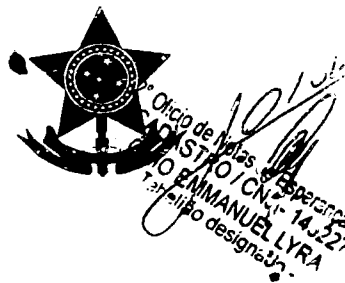


PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos TRINTA (30) dias do mês de JANEIRO do ano de DOIS MIL E DEZESSETE (2017), nesta cidade de Esperança, Estado Paraíba, Rua Monsenhor Severiano, número 84, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Notário compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o **Sr. ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**, brasileiro, agricultor, 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 2.988.965 (2ª via), Órgão Emissor SSP-PB, e, do CPF/MF de número 053.323.714-97, residente e domiciliado na(o) Sitio São Tomé, s/n , na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por por ser o outorgante analfabeto, assinando a rogo o **Sr. WILLIAN DE OLIVEIRA SOUZA**, brasileiro, 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 3454102, Órgão Emissor SSP-PB, e, do CPF/MF de número 083.701.114-08, residente e domiciliado na(o) Sitio São Tomé, s/n , na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Notário pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) a **Sra. MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA**, brasileira, agricultora, casada, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.183.018-(2ª-Via), Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 024.348.774-60, residente e domiciliada na(o) Sitio SÃO TOMÉ, s/n , na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, a quem concede poderes para representá-lo(a)(s) perante quaisquer estabelecimentos bancários e instituições financeiras, especialmente, **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (Agência Esperança-PB nº. 1668 013 00032319-2 07/21)**, podendo o(a)(s) procurador(a)(s)(es) receber quantias, ordens de pagamento, emitir, endossar e sacar cheques, títulos de capitalização, dar e receber quitação, prestar compromisso, assinar recibos, guias, requerimentos, declarações e autorizações, fazer recadastramento, receber cartões magnéticos e de protocolo, cadastrar e alterar senhas, ajustar cláusulas e condições, apresentar, juntar e retirar documentos. Podendo ainda o(a)(s) procurador(a)(s)(es) abrir conta bancária,

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 449303-A



movimentar com cartão magnético, assinar, endossar e sacar cheques, requerer e receber talões de cheques, saldos e extratos bancários, receber salários, fazer retiradas, assinar formulários, guias, fazer requerimentos, apresentar, juntar e retirar documentos, receber quaisquer quantias de direito do(a)(s) outorgante(s), inclusive pensões previdenciárias, benefícios, auxílios e **proventos de qualquer natureza e/ou indenizações**, autorizar débitos ou créditos em contas-correntes, e tudo o mais praticar, promover, requerer, para o fim indicado neste Instrumento, enfim, assinar e praticar todos os atos que se tornem necessários, ao bom e fiel cumprimento do presente mandato. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s). **PODENDO AINDA, TUDO RESOLVER COM RELAÇÃO AO RECEBIMENTO DOS VALORES DECORRENTES DO SEGURO POR ACIDENTE (DPVAT); podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, contratar advogados, e ingressar com as ações que entenda necessárias.** Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, ÔNIO EMMANUEL LYRA, Notário, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho (_____) da verdade. As.: WILLIAN DE OLIVEIRA SOUZA. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 30 de Janeiro de 2017, às fls. 187 a 187v. Emolumentos: R\$ 88,64; Taxa FARPEN: R\$ 5,01; Taxa FEPJ: R\$ 22,16; Taxa MP: R\$ 1,42; Valor Total: R\$ 117,23, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: ADX66016-HLIL - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Esperança/PB, 30 de Janeiro de 2017

ÔNIO EMMANUEL LYRA

2º Ofício de Notas de Esperança-PB
CADASTRO/CNJ - 145227
ÔNIO EMMANUEL LYRA
Tabelião designado.

SERVIÇO NOTARIAL MARTINS
2º Ofício
Tabelião

SERVIÇO NOTARIAL MARTINS - 2º OFÍCIO DE NOTAS
Rua da Constituição, 100 - 24. Centro - Martins - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é fiel reprodução do original que me foi exibido.
De acordo com o Art. 355-A do CPC,
Fepj nº 05/2006 de 01/2017.
Selo Digital - EM74220-03JP
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>
ou 1452 27 Farpem R\$0,20 Fepj 09 Fepj 0000

Documentos de identificação
-0012-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

F.234

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **053.323.714-97**

Nome: **ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**

Data de Nascimento: **17/10/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/04/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:05:49** do dia **07/09/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E288.CE19.F4C5.933D**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



ANEXO II

DECLARAÇÃO



Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 Maria Auxiliadora de Oliveira, portador(a) do Sarg
RG nº 2183016, expedido por SSP, em
23/11/04, CPF/CNPJ nº 024348741-60,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Adelson de Oliveira Travençolo do sinistro de DPVAT da natureza inicial
da vítima Adelson de Oliveira Travençolo, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: sem Renda Mensal: R\$ sem

Documentos comprobatórios: sem



x Maria Auxiliadora de Oliveira Sarg
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Auxiliadora de Oliveira Souza

RG nº 2.183.016, data de expedição 23/11/04, Órgão SSP-PB

CPF nº 034.348.774-60, 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>Sítio São Tomé</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jardim cidade universitária</u>
Cidade	<u>Itagua Nova</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58125-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99944-9982</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itagua Nova/PB, 06/09/2017

Assinatura do Declarante: Maria Auxiliadora de O. Souza



JOAO EVANGELISTA DE SOUZA
SIT SAO TOME, S/N - JO CO UNIV
ALAGOA NOVA/PB CEP: 68126000 (AG 71)

Classe/Subclasse RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO B 230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro 9 - 77 - 695 - 5160
Nº medidor 00008558120

Referência: Mar / 2017
Emissão: 18/03/2017

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.085.183/0001-40 - Insc. Est. 15.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.630.827
Código para Débito Automático: 000.630.827

Mar / 2017

18/03/2017

13/04/2017

7692683820

Data Letura Data Letura
13/02/17 10038 18/03/17 10286

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	250	0,30819	77,04
Adic B Amarela			2,28
Subsidio			93,02
PIS			1,88
COFINS			7,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 12/2016			1,63
MULTA 12/2016			1,48
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2016			0,57
Devolução Subsidio			-33,02

Fev/17 231
Jan/17 235
Dez/16 214
Nov/16 211
Out/16 223
Set/16 241
Ago/16 240
Jul/16 268
Jun/16 218
Mai/16 226
Abr/16 278
Mar/16 234

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	121,08	1,2810	1,56
COFINS	121,08	5,9382	7,18

Média dos últimos meses
231

23/03/2017 R\$ 81,62

RESERVAÇÃO DE RISCO

64c9.3393.d30b.3f3a.32e3.1437.cfc1.acc7.

Composição do valor total da sua conta:

Limites da ANEEL	Aplicado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 11,94	4,38	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 23,89		
DIC ANUAL 47,79	2,00	CONTRATADA 202
FIC MENSAL 7,82		LIMITE INFERIOR 231
FIC TRIMESTRAL 15,64		
FIC ANUAL 31,28	1,03	
DIMC 8,58		
DICF 18,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	28,82	31,45
Compra de Energia	37,18	40,58
Serviço de Transmissão	1,98	2,18
Encargos Setoriais	11,33	12,37
Impostos Diretos e Encargos	12,30	13,43
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,62	100,00

Valor do EUSD (Ref. 1/2017) R\$ 38,15

RECEBIMENTO DE PAGAMENTO
Este documento comprova o pagamento em dinheiro da fatura de energia elétrica nº 000.630.827, referente ao mês de março de 2017, no valor de R\$ 81,62 (oitenta e um reais e sessenta e dois centavos). O pagamento foi realizado em 23/03/2017, às 14h37min, no ponto de venda nº 000.630.827, sob a supervisão do atendente de atendimento ao cliente. Este documento não vale para fins de comprovação de pagamento de outras faturas de energia elétrica. O cliente deve manter este documento em seu arquivo pessoal para fins de comprovação de pagamento.

PARABÁ

Roteiro 9 - 77 - 695 - 5160
Matrícula 1502461-2017-03-1

23/03/2017 R\$ 81,62

83830000000-4 91620054000-0 15024612017-7 03100770019-3



SABEMI SEGURADORA S/A
11 SET 2017
RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO,

RG nº 2988.965, data de expedição 11/08/2006, Órgão SSP/PB,

CPF nº 053.323.714-97, 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:

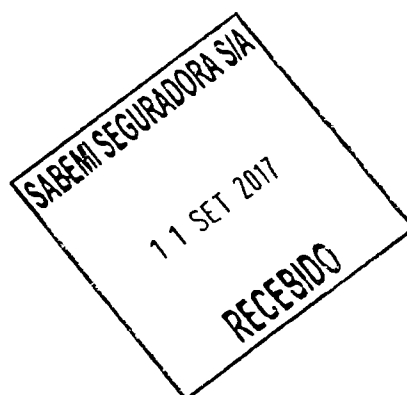
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio São Tomé</u>
Número	<u>S/N.</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Alagôa Nova</u>
Estado	<u>PB.</u>
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alagôa Nova, 20 de julho de 2017.

Assinatura do Declarante: Maria Auxiliadora de Oliveira Souza

A R O C O :



JOAO EVANGELISTA DE SOUZA
SIT SAO TOME, S/N - JO CIO UNIV
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Classe/Subcl: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFASICA B270, Km 20 - Crista Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro 9 - 77 - 695 - 5160 Referência Dez/2016
Nº medidor 00008556120 Emissão 16/12/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Crista Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.193/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 671.978
Código para Débito Automático: 00016024615

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1502461-5**

Canal de contato

Dez/2016

Apresentação

16/12/2016

Data prevista da
próxima leitura

16/01/2017

CPF/CNPJ/RANI

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
78592883820				
17/11/16	9358	16/12/16	9572	1

Faturas em atraso

24/11/2016	70,97
25/10/2016	72,80

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	214	0,30819	65,95
Adic. B Amarela			1,42
Subsídio			28,26
PIS			1,02
COFINS			4,70

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

JUROS DE MORA 09/2016	1,44
MULTA 09/2016	1,54
ATUALIZAÇÃO MONETARIA 09/2016	0,14
Devolução Subsídio	-28,26

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Nov/16	211
Out/16	223
Set/16	241
Ago/16	240
Jul/16	268
Jun/16	219
Mai/16	226
Abr/16	228
Mar/16	234
Fev/16	396
Jan/16	262
Dez/15	252

Média dos últimos meses
250

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	101,35	1,0102	1,02
COFINS	101,35	4,8428	4,70

VENCIMENTO

23/12/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 76,21

756c.b012.5bc8.d4f2.183e.08dd.5447.8624.

Indicadores de Qualidade 10/2016 - Areia

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,35	8,76
DIC TRIMESTRAL	24,71	
DIC ANUAL	49,42	
FIC MENSAL	7,89	8,00
FIC TRIMESTRAL	15,79	
FIC ANUAL	31,58	
DMIC	6,79	5,17
DICRI	16,60	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	25,80	33,59
Compra de Energia	29,95	39,30
Serviço de Transmissão	1,76	2,31
Encargos Setoriais	10,06	13,20
Impostos Diretos e Encargos	8,84	11,60
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	76,21	100,00

Valor no Emissão (Ref. 10/2016): R\$ 76,20

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continuem em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 31/12/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. **ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS**, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Subvenção DEC 7.891/13 R\$ 28,26. Isento ICMS.



PARAIBA

VENCIMENTO

23/12/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 76,21

Roteiro 9 - 77 - 695 - 5160
Matrícula 1502461-2016-12-4

83660000000-1 76210054000-9 15024612016-9 12400770019-6





192

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL – ESTADO PARAIBA – PODER EXECUTIVO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA – PB – CNPJ : 11.838.096-0001/88
SAMU 192 – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins de direito que fizerem necessários que ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO, 44 anos, RG Nº 2.988.965 SSP/PB, foi atendido pelo nosso serviço registrado sobre o Nº789261, Em 12/07/2014 às 12:29 hs, pela USB 035 de Alagoa Nova –PB, vítima de QUEDA DE MOTO, consciente, não responde verbalmente (transtorno mental), apresentando laceração vertical do nariz para lábio, provável fratura de fêmur esquerdo, feito atendimento de acordo com o protocolo e encaminhado para HTCG, com a autorização do médico regulador.

ALAGOA NOVA – PB, 24/01/2017

Janecléide M^a C. Sampaio
ENFERMEIRA
COREN PB 110600

JANECLEIDE MARIA COSTA SAMPAIO
COORDENADORA SAMU 192 ALAGOA NOVA – PB
COREN 110600 PB





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOA NOVA/PB



Implantação



ALAGOA NOVA

PC PB

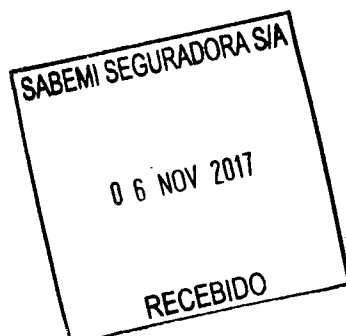
- CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL -

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº 001/2017, nele encontrei às folhas nº 019 o registro nº 019/17, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Ao dia 25 do mês de JANEIRO do ano de 2017, nesta cidade de Alagoa Nova/PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil onde se achava presente a Bel EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 10:13 horas, **COMPARECEU: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA**, 54 anos, brasileira, natural de Campina Grande/PB, agricultora, RG Nº 2.183.018 SSP/PB, filha de João Severino de Oliveira e de Elvira Vitória de Oliveira, residente NO SÍTIO SÃO TOMÉ (PRÓXIMO AO POVOADO), ALAGOA NOVA/PB, Fone: 9 9976-3303. NOTIFICOU QUE: é tia do senhor **ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**, 46 anos, brasileiro, natural de Campina Grande/PB, agricultor, RG Nº 2.988.965 SSP/PB, filha de Godofredo Marques Trajano e de Maria José de Oliveira Trajano, residente NO SÍTIO SÃO TOMÉ (PRÓXIMO AO POVOADO), ALAGOA NOVA/PB, Fone: não tem; QUE **ADELSON** tem problemas mentais e no dia 12/07/2014, por volta 12:00 horas, o referido cidadão estava na garupa de uma moto, e ao transitar pelo restaurante Maranata, no Sítio São Tomé, neste município, outro veículo que vinha no sentido contrário, invadiu sua faixa de direção, colidindo frontalmente com a motocicleta que se encontrava **ADELSON**; QUE com o impacto, tanto **ADELSON** como o piloto da moto, sofreram diversas lesões, sendo socorridos por uma ambulância do SAMU até o hospital local; QUE **ADELSON** e o condutor foram transferidos para o hospital de Trauma em Campina Grande; QUE **ADELSON** ficou internado por cerca de 02 meses, sendo constatado fratura no fêmur, passando por um procedimento cirúrgico; QUE a moto em que **ADELSON** estava era uma **YAMAHA/ YBR 135K, PLACA MOU 2912, CHASSI Nº 9C6KE0044030011483, COR BEGE, ANO: 2003/2003**, registrada em nome de **FRANCISCO DE ASSIS COUTO**, conduzida na oportunidade pelo senhor conhecido por **FLAMARION TRAJANO DE OLIVEIRA**; QUE no tocante ao outro veículo envolvido no acidente, a noticiante apenas informar que trata-se de uma caminhoneta **HILUX**, cor prata, não sabendo a placa e nem o nome do motorista, já que este se evadiu do local; QUE cita como testemunhas do acidente as pessoas de: **MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA TRAJANO** e **JOÃO EVANGELISTA DE SOUZA**, ambos moradores do Sítio São Tomé, Alagoa Nova. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova/PB, 25 de JANEIRO de 2017.

NOTIFICANTE:

Maria Auxiliadora de O. Souza



SAULO RAMOS SILVA
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 168.434-5



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO, portador da carteira de identidade nº 2988965 e inscrito no CPF/MF sob o nº 053.323.714-97, residente e domiciliado na Sítio São Tomé, s/n, zona rural, Cidade Alagoinha Nova, Estado PB, 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

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

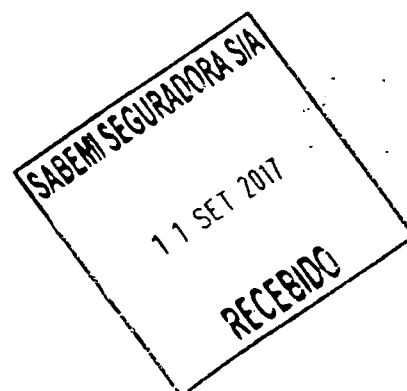
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

Alagoinha Nova, 20 de julho de 2017
Local e data

X
Assinatura do declarante

in loco: Maria Auxiliadora de Oliveira Sousa





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOA NOVA/PB**



- CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL -

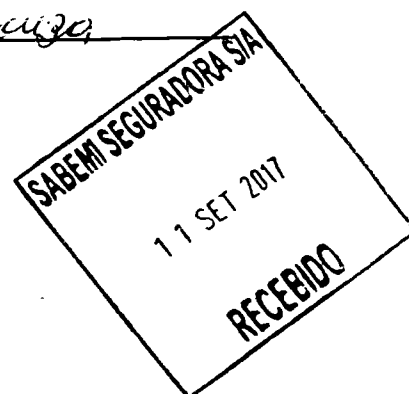


CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº 001/2017, nele encontrei às folhas nº 019 o registro nº 019/17, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Ao dia 25 do mês de JANEIRO do ano de 2017, nesta cidade de Alagoa Nova/PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil onde se achava presente a Bel EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 10:13 horas, **COMPARECEU: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA, 54 anos, brasileira, natural de Campina Grande/PB, agricultora, RG Nº 2.183.018 SSP/PB, filha de João Severino de Oliveira e de Elvira Vitória de Oliveira, residente NO SÍTIO SÃO TOMÉ (PRÓXIMO AO POVOADO), ALAGOA NOVA/PB, Fone: 9 9976-3303. NOTIFICOU QUE: é tia do senhor ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO, 46 anos, brasileiro, natural de Campina Grande/PB, agricultor, RG Nº 2.988.965 SSP/PB, filha de Godofredo Marques Trajano e de Maria José de Oliveira Trajano, residente NO SÍTIO SÃO TOMÉ (PRÓXIMO AO POVOADO), ALAGOA NOVA/PB, Fone: não tem; QUE ADELSON tem problemas mentais e no dia 12/07/2014, por volta 12:00 horas, o referido cidadão estava na garupa de uma moto, e ao transitar pelo restaurante Maranata, no Sítio São Tomé, neste município, outro veículo que vinha no sentido contrário, invadiu sua faixa de direção, colidindo frontalmente com a motocicleta que se encontrava ADELSON; QUE com o impacto, tanto ADELSON como o piloto da moto, sofreram diversas lesões, sendo socorridos por uma ambulância do SAMU até o hospital local; QUE ADELSON e o condutor foram transferidos para o hospital de Trauma em Campina Grande; QUE ADELSON ficou internado por cerca de 02 meses, sendo constatado fratura no fêmur, passando por um procedimento cirúrgico; QUE a moto em que ADELSON estava era uma YAMAHA/ YBR 135K, PLACA MOU 2912, CHASSI Nº 9C6KE0044030011483, COR BEGE, ANO: 2003/2003, conduzida na oportunidade pelo senhor conhecido por FLAMARION TRAJANO DE OLIVEIRA; QUE no tocante ao outro veículo envolvido no acidente, a noticiante apenas informar que trata-se de uma caminhoneta HILUX, cor prata, não sabendo a placa e nem o nome do motorista, já que este se evadiu do local; QUE cita como testemunhas do acidente as pessoas de: MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA TRAJANO e JOÃO EVANGELISTA DE SOUZA, ambos moradores do Sítio São Tomé, Alagoa Nova. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.**

Alagoa Nova/PB, 25 de JANEIRO de 2017.

NOTIFICANTE: X Maria Auxiliadora de O. Souza

SAULO RAMOS SILVA
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 168.434-5



CARTÓRIO CELITA PE ATAÍDE ALVES
Rua Manoel Rodrigues de Oliveira - 263 - Centro, Fone 3361-5522

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 365 - III do CPC)

Esperança-PB 26/01/2017
Selo Digital: AEP41193-PY5Z
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Esel R\$2.21 Fepen R\$0.27 FepJ R\$ 0.56 MP R\$0.04

Carmonise Gonçalves Alves
ESCREVENTE



Governo do Estado do(a/e) Paraíba
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Municipal de Alagoa Nova
Rua Joaquim José do Vale, 50, Centro, Alagoa Nova/pb



REQUISIÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO

Alagoa Nova, **25** de **JANEIRO** de **2017**

Requisição de Exame nº: **004/17**

Exame Requisitado: **EXAME DE CORPO DE DELITO**
Autoridade Requisitante: **EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO**
Local: **Alagoa Nova**

Sr(a). Diretor(a),

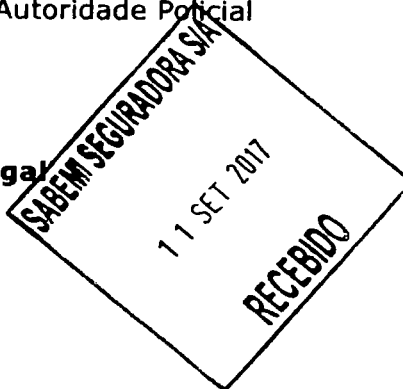
Requisitamos a V. S^a as providências, para que no prazo legal (Art. 160, Parágrafo Único do CPP, alterado pela Lei 8.862/94) seja procedido o **EXAME DE CORPO DE DELITO**, na PESSOA de informações a seguir e que seja o laudo remetido para o(a) **Delegacia Municipal de Alagoa Nova, localizada na(o) Rua Joaquim José do Vale, 50, Centro, Alagoa Nova/pb.**

ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO, 46 anos, brasileiro, natural de Campina Grande/PB, agricultor, RG Nº 2.988.965 SSP/PB, filha de Godolfredo Marques Trajano e de Maria José de Oliveira Trajano, residente NO SÍTIO SÃO TOMÉ (PRÓXIMO AO POVOADO), ALAGOA NOVA/PB, Fone: não tem

Histórico: no dia 12/07/2014, por volta 12:00 horas, o referido cidadão estava na garupa de uma moto, e ao transitar pelo restaurante Maranata, no Sítio São Tomé, neste município, outro veículo que vinha no sentido contrário, invadiu sua faixa de direção, colidindo frontalmente com a motocicleta que se encontrava ADELSON; QUE com o impacto, tanto ADELSON como o piloto da moto, sofreram diversas lesões, sendo socorridos por uma ambulância do SAMU até o hospital local; QUE ADELSON e o condutor foram transferidos para o hospital de Trauma em Campina Grande; QUE ADELSON ficou internado por cerca de 02 meses, sendo constatado fratura no fêmur, passando por um procedimento cirúrgico.

EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO
Autoridade Policial

A(O) Sr(a) Gerente(a)
MARCIO LEANDRO DA SILVA
Gerente da Unidade de Medicina Legal



- RECEBIDO -

Recebi às ____:____

Do dia ____/____/____

Maria Auxiliadora de O. Souza
Assinatura e matrícula



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO-PREENCHIDO P _____

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

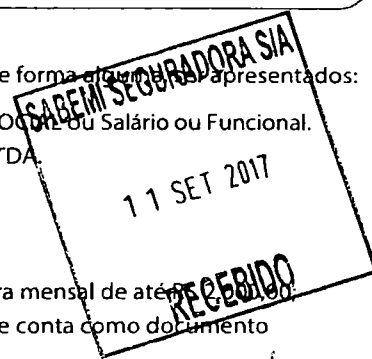
EU, ADELSON DE OLIVEIRA TRIFANOPORTADOR(A) DO RG Nº 2988965 EXPEDIDO POR SSP/PR EM 11/08/06 ECPF 053223714-97 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Motorista

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA S. M. M. S., 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 aparecem 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\$ 1.000,00;
- 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, escritos 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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) 1668 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 32319-2

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.

Adelson N. Trifano, 20 de julho de 2017
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.

a 1088: Mário José Trifano de Oliveira



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO
Nº Sinistro: 3170494939
Vitima: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO
Data do Acidente: 12/07/2014
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170494939**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 11971788



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**

Nº Sinistro: **3170494939**
Vitima: **ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**
Data do Acidente: **12/07/2014**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170494939**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12814833



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11658433

A/C: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170494939 ASL-0351510/17
Vitima: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO
Data Acidente: 12/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11656133

A/C: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170494939 ASL-0351510/17
Vítima: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO
Data Acidente: 12/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





0007

PRT DET 2009 0000044159 - N° 6348252330

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD. REN. ANO RTB. E
1 799346217 2009

FRANCISCO DE ASSIS COUTO
RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19
CENTRO
58155000 SOLEDADE - PB

55035906787 MOU2912

NOVO 9C6KE044030011483

PAS/MO. C. CLE/ GASOLINA

YAMAHA/YBR 125K 2003-2005

2 P/124 /CI PARTIC BEGE

IPVA PAGO EM 26/02/2009 *****
F. D. A. P. V. *****
A *****

PREMIO TAR. FARIO (RS) *****
SEGURO P A G O 26/02/2009

A. F. BCO ABN AMRO REAL S.A.

SOLEDADE 346 27/02/2009 562

Marcos Alberto Brasileiro Lima

PB N° 6348252330

BILHETE DE SEGURO

FRANCISCO DE ASSIS COUTO
RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19
CENTRO
58155000 SOLEDADE - PB

55035906787 MOU2912

BILHETE DE SEGURO DPVAT - MACONVENIO
PB N° 6348252330

2009 27/02/2

FRANCISCO DE ASSIS COUTO
RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19
CENTRO

1 55035906787 MOU2912

799346217 YAMAHA/YBR 125K

2003 9 9C6KE044030011483

PREMIO TAR. FARIO (RS) *****
IOF (RS) *****
PREMIO TOTAL (RS) *****
SEGURO P A G O

R D 2 1 3 7 4 8 6 7 6 B



SABEM SEGURADORA S/A
11 SET 2017
RECEBIDO



0007

Documentos de Identificação

MINISTÉRIO DA TRANSPORTES

PRT 06120090000044159-D 6348252330
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 799346217 2009

FRANCISCO DE ASSIS COUTO
RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19
CENTRO
58155000 SOLEDADE - PB

55035906787 MOU2912

NOVO B 9C6KE044030011483

PAS/MO C CIE/ GASOLINA

YAMAHA/YBR 125K 2003 125K

2 P/124 /CT PARTIC BUGE

IPVA PAGO EM 26/02/2009 *****

PB Nº 6348252330 BILHETE DE SEGURO

FRANCISCO DE ASSIS COUTO
RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19
CENTRO
58155000 SOLEDADE - PB

55035906787 MOU2912

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVENIO
PBNº 6348252330

2009 27/02/09

FRANCISCO DE ASSIS COUTO
RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19
CENTRO

1 55035906787 MOU2912

799346217 YAMAHA/YBR 125K

2003 9 9C6KE044030011483

SABEMI SEGURADORA S/A

06 NOV 2017

RECEBIDO