

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180274011**

Vitima: **SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **03/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180274011**.

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 12974741



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180274011**
Vítima: **SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **03/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA**

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 3180274011** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180274011

Vítima: SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180274011**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/09/2017**. 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

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 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

CPF da Vítima

050.510.794-58

Nome completo da vítima

SUELI FRANCISCA DO N. PAES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES		CPF titular da conta 050.510.794-58	Profissão AGRICULTORA
Endereço R. PROJETADA, SIN. 128, L 19		Número SIN	Complemento CONT. N. GRA. PENHA
Bairro SATELITE	Cidade MANANGUARE	Estado PB	CEP 58.230.000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO. **0044**

D/V

CONTA

NRO. **111.880**

D/V

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL



MANANGUARE, 40 de **MAIO** de 2018

Local e Data

Sueli Francisca do Nascimento Paes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, após

130-873965121-3

10/MAI/2018

HORA DE 08:23:41

LOT. 13.021636-4

TERM 045624

LOCALIDADE: MAMANGUAPE

AG. VINCULADA: 0044

CONTROLE: 130100146

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FÁCIL

NOME: SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO

AGENCIA: 0044

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.111.000-5

DATA DA ABERTURA: 10/05/2018

LOTÉRIAS CAIXA

130-873965121-3

10 VIA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

14 JUN. 2018



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 03/2018

Ocorrência nº. 0747/2018

Aos 27 dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). **SIMONE QUIRNO DE SÁ MACIEIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, ai, por volta 14h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO, conhecido por , Identidade nº 2286872-SSP/PB, CPF nº 05051079458, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Jose Francisco Do Nascimento E Maria Das Neves Dos Santos, natural de Caicara/PB, nascido(a) em 11/03/1982 (36 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Satelite, tendo como ponto de referência: , na cidade de MAMANGUAPE-PB, fone(s) para contato: (83) 93894844.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRANSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 03 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 23h:0min;
- 4) LOCAL: RUAS DO PLANALTO nº , bairro: PLANALTO - MAMANGUAPE/PB.
- 5) DESCRIÇÃO DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S):

QUE a comunicante na hora e local acima citado foi vítima de um acidente de trânsito, onde caiu ao passar num "QUEBRA MOLAS" e perder o equilíbrio; QUE a comunicante estava pilotando a motocicleta de PLACA: OXO7273/PB conforme a cópia do CRLV em anexo; QUE a comunicante foi socorrida por populares e levada ao HGM onde foram feitos os primeiros procedimentos de atendimento hospitalar; QUE a comunicante foi encaminhada e Internada dezoito dias no "TRAUMINHA" conforme a cópia do resumo de alta em anexo; QUE a comunicante passou por procedimento cirúrgico conforme cópia do laudo em anexo de CID10-S06.9+S01.8; QUE a comunicante se encaminhou a essa delegacia de polícia para registrar

6) BREVE RESUMO DO FATO:

Que perdeu o documento descrito acima.

7) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O(A) COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Sueli Francisca Do Nascimento Para
SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO
Comunicante

[Assinatura]
EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA
Escrivão Ad Hoc – Mat. nº 5764

SINCOR/PB
14 JUN. 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

SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES

CPF da Vítima

050.510.794-58

Data do Acidente

03.09.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

MANGUEIRA PB, 03 de MAIO de 2018

Local e Data

Sueli Francisca do Nascimento Paes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1024910



Identificação do paciente			
ID 1206522	Nome SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES		Sexo Feminino
Data de nascimento 11/03/1982	Idade 35 anos 5 meses 23 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DAS NEVES DOS SANTOS		Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91912717	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência MAMANGUAPE		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade CAICARA	CSO/R	
Endereço			
CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número S/N	Complemento QUADRA 28 LOTE 19	Bairro CONJUNTO NOSSA SENHORA DA PENHA I	
Admissão			
Data e Hora 03/09/2017 04:44:28	Número da pulseira 100006155666	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO			Tempo 01min 05seg

SINCOR/PB

14 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Imprimir

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Sueli Francisca do Nascimento				PRONTUÁRIO Nº 20170802907	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 03/09/2017		DATA DE ALTA 20/09/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Lesão tendão extensor do 4º qde				CID S669	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo				CONFERIDO COM O ORIGINAL	
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES TENORRAFIAS MÚLTIPLAS					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de lesão de tendões extensores do 4º qde foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de tenorrafias múltiplas. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES, portador (a) do RG nº 2.286.872 SSDS/PB, Inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 050.510.794-58, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Quadra 28, Lote 19, Satélite, Mamanguape/PB, CEP 58.280-000, conforme cópia de comprovante anexo.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Mamanguape/PB, 03 de Maio de 2018.



Sueli Francisca do Nascimento Paes

SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES

CONFERIDO COM O ORIGINAL

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES

Dou fé. Mamanguape/PB - 03/05/2018

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital: AGV39109-AK06

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FAPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



MERCIA SOUZA LIMA
RUA PROJETA DA 501/O 281 18- SATELITE
MAMANGUAPE/PB CEP 5828000 (AO 14)

Emprego: 28/02/2018 Referência: Fev 2018
Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONI-SICO
Roteiro: 18 - 170 - 1593 Nº medidor: 00000000 97

ENERGISA PARANA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R-230, Km 25 - Costa Paulista - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.163/0001-40 - Ins. Est 16.015.923-3

Nota Fiscal/Conta de Energia Efetiva Nº 002 209 694
Cód. para DDI, Antecedente: 0001647700-2

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPE/CNPH/RAN
Fev/2018 28/02/2018 29/03/2018 4815897409
UC (Unidade Consumidora): 5/1647700-2

Canal de contato

- Leve o choque na chaveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não arrisque a sua saúde. Dê um banho de segurança. Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 28/01/18 Leitura: 5788	Data: 28/02/18 Leitura: 5942		154	30
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base LML	Alc
			Inscritas	Base LML
			País (Cód. IBR)	(R\$ 1.125.000,00)
0001 Consumo em kWh	182,000	0,741830	135,01	27
			38,45	135,01
			1,53	7,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA	9,53	0,00	0	0,00
0004 JUROS DE MORA 12/2017	1,03	0,00	0	0,00
0005 MULTA 12/2017	2,21	0,00	0	0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 12/2017	2,82	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 140,38 135,01 38,45 135,01 1,53 7,01

Média (últimos meses (kWh)) 155
VENCIMENTO 07/03/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 148,39

Histórico de Consumo (kWh)

123 | 171 | 184 | 198 | 182 | 144 | 155 | 130 | 172 | 170 | 144 | 148
Fev/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18

bcb7.d212.8542.9a12.5d8e.053b.8879.51e7.

Indicadores de Qualidade 12/2017: An. Total

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	8,47	0,00	NORMAL 220
DC TRIMESTRAL	12,94		
DC ANUAL	28,98		
FC MENSAL	2,87	0,00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	7,55		202
FC ANUAL	14,70		202
OMC	3,90	0,00	LIMITE SUPERIOR 221
OCR	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	34,47	23,23
Compra de Energia	40,74	27,46
Serviço de Transmissão	0,26	0,18
Encargos Sociais	0,54	0,36
Impostos Clientes e Encargos	59,38	39,93
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	148,39	100,00

Valor em R\$ (R\$ 12/2017) R\$ 36,17

ATENÇÃO

- PRAZO DE VENCIMENTO: O valor devido que em notificação regular permanece em atraso até a fatura acima mencionada.
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.
- Fatura sujeita a inclusão em listagem de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Pagamento em atraso
Jan/18 122,44

CONFERIDO COM O ORIGINAL

CALHA ECONOMICA FIBRA

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ag

099-615387450-0

09/ABR/2018

HORA DE 09:47:59

COT. 13.21636-4

TERM 060138

LOCALIDADE: MAMANGUAPE
AG. VINCULADA: 0044

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ENERGISA PB - DISTR ENERGIA SA

VALOR DO PAGAMENTO: 148,39

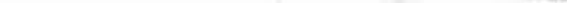
836100000014 483900540004
164770020162 026000140195

099-615387496-0

1ª VIA

SINCOR/PB

14 JUN. 2018



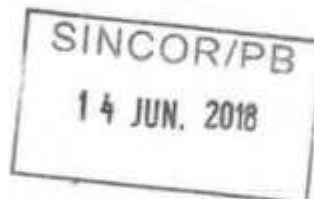
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES,
RG nº 1637560, data de expedição 12/06/1991,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 929.199.524-04, com
domicílio na cidade de MAMANGUAPE, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. PROJETADA S/N, Q28, L 19, SATELITE, nº SIN,
complemento CONT. Nº 512, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima SUGLI FRANCISCO DO NASCIMENTO PAES cujo o condutor era
SUGLI FRANCISCO DO NASCIMENTO PAES

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 160 FAN ESDI
Ano: 2016
Placa: OXO 7273-PB
Chassi: 9C2KC2200G R119553
Data do Acidente: 03/09/2017
Local e Data: MAMANGUAPE/PB 03 DE MAIO DE 2018

2º Cartório
Mamanguape-PB

Alexandre Azevedo de Paes.
Assinatura do Declarante



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

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES
Dou fé. Mamanguape/PB - 03/05/2018
Escritor: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital AGV39094-AAGY
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



CONFERIDO COM O ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	11/03/82
NOME DA MÃE	MARIA DAS NEVES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.024.910
DATA DO ATENDIMENTO	03/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	04:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE + FERIMENTO REGIÃO FRONTAL
CID 10	S06.9 + S01.8

SINCOR/PB

14 JUN, 2018

AVALIAÇÃO INICIAL:

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, procedente do HGM, com trauma na cabeça, ferimento corto-contuso em região frontal, náuseas e cefaleia. Informa uso de bebida alcoólica, nega perda da consciência, lesão de tendão extensor da mão esquerda. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tomografia computadorizada do crânio
RX de mão esquerda

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento em região frontal.

ALTA HOSPITALAR:	03/09/17
DATA DA EMISSÃO:	15/01/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE TRANSPORTES E TRANSMISSÃO

INSTITUTO DE POLÍCIA-CRIMINAL

GOVERNAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-110



Sueli Francisco do Nascimento Paes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
14 JUN. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.286.872 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 08/11/2013

NOME SUELI FRANCISCO DO NASCIMENTO PAES

PAI(AO) JOSÉ FRANCISCO DO NASCIMENTO
MÁRIA DAS NEVES DOS SANTOS

NATURALIDADE CAIÇARA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/03/1982

DIG. ORDEM CASAM N.5541 FLS.74 LIV.B08
CARTÓRIO RIO TINTO-PB

050.510.794-58

LE N.º 7.119 DE 2006

SINICOR/PB

14 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



17081

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁIA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA

EDUARDO COSTA DA SILVA
ANA LUCIA MONTEIRO FREITAS DA SILVA

WANDERLENE

31/03/18 - 31/03/18

079.359.104.79
52/03/2012

DECLARAR

SINGCOR/PB

14 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 012650268591
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CORREIO PRT 20161500005327-9
1 0108257775-5 00/00000000 2016

ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES

92919952404

OX07273/PB

NOVO PB 9C2KC2200GR119553

PAS/HONDA/CG 160 FAN ESDI 2016 2016

HONDA/CG 160 FAN ESDI

2016 2016

2 P/162 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 01/04/2016

0

***** SEGURO PAGO 01/04/2016

A.F. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA

RIO TINTO - PB

36994

04/04/2016

7003701

PB Nº 012650268591 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ENTRE O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodpvatoptativo.com.br
SAC DPVAT 1500 022 1704

2016 04/04/2016

1 92919952404

OX07273/PB

01082577755

HONDA/CG 160 FAN ESDI

2016

9

9C2KC2200GR119553

PREMIO TARIFARIO

SEGURO

PAGO

PREMIADO

01/04/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.344.804/0001-06

www.seguradoralider.com.br

7003701-1513427-20160404

JUN-2016

SINCOR/PB

14 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



EDYANA MONTEIRO

ADVOCACIA E CONSULTORIA JURIDICA

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES, brasileira, casada, agricultora, portadora do RG nº 2.286.872 e CPF 050.510.794-58, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Satélite, Mamanguape/PB. CEP: 58.280-000.

SINCOR/PB

14 JUN. 2018

OUTORGADO:

EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA, brasileira, casada, OAB/PB 17.061 com escritório estabelecido à Rua Presidente João Pessoa, nº 102-A, Centro, Mamanguape/PB, CEP 58280-000, e-mail: edyana-monteiro@hotmail.com, fone: (83) 98600-0405.

PODERES:

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes amplos e ilimitados para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER, ou perante qualquer juízo instância ou tribunal, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, inclusive representar em qualquer instituição financeira, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar prestar declarações, receber citação, substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, receber, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

2º Cartório
Mamanguape-PB

Mamanguape(PB), 03 de Maio de 2018.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Sueli Francisca do Nascimento Paes

OUTORGANTE

2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro, Mamanguape-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES

Dou fé. Mamanguape/PB - 03/05/2018

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital:AGV39108-9N8H

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$9,48 Farpem R\$0,28 MP R\$0,15 Fepj R\$1,90

