



Número: **0801094-85.2019.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **01/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSILDA DANTAS NETA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36069050	29/10/2020 11:32	Petição	Petição
36069052	29/10/2020 11:32	2757095_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36069056	29/10/2020 11:32	2757095_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILDA DANTAS NETA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000026507-7

Nr. da Autenticação 328E857E1E0950AC



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSILDA DANTAS NETA**

Nº Sinistro: **3180034967**

Vítima: **CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS**

Data do Acidente: **26/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180034967**.

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 12270886

Pag. 00935/00936 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSILDA DANTAS NETA

Sinistro: 3180034967
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
Data do Acidente: 26/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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 3180034967** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00287/00288 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12400725



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Carta nº 12479749

A/C: JOSILDA DANTAS NETA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180034967 ASL-0013579/18
Vitima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Pag. 01749/01750 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Carta nº 12659660

A/C: JOSILDA DANTAS NETA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180034967 ASL-0013579/18
Vitima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Pag. 00643/00644 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº: 12769444

A/C: JOSILDA DANTAS NETA

Nº Sinistro: 3180034967
Vitima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
Data do Acidente: 26/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSILDA DANTAS NETA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000026507-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01835/01836 - carta_15R - INVALIDEZ

00020918



CÓPIA



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

PORTADOR(A) DO RG Nº 12.752.903-01 / 11141 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 5/11/11 E
CPF 0402040204-94 / CNPJ 070000000000000000, PROFISSÃO PERCELA
E RENDA MENSAL DE R\$ 130,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlos Junior Costa Dantas, 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 Fundonal;
- Conta Empresarial - nos documentos apareçam 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 Lotéricas 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/beneficiário.

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 0320 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0320 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0320

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0320 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013000265072

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.

Assinatura do beneficiário: Carlos Junior Costa Dantas
LOCAL E DATA: ITAPORANGA/PB, 12/01/2014
Assinatura do beneficiário: Carlos Junior Costa Dantas
LOCAL E DATA: ITAPORANGA/PB, 12/01/2014

1 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 a 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:32:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911324403500000034442421>

Número do documento: 20102911324403500000034442421

CÓPIA

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

AUTO-ATENDIMENTO - ag. Itaporanga
DATA: 02/08/2017 HORA: 06:55:09
TERMINAL: 35711011 CONTROLE: 357110110020

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

AGÊNCIA: 3571 - ITAPORANGA
CONTA: 013.00026507-7
CLIENTE: JOSILDA DANTAS NETO
EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

ASI
COMPROVANTE
17/01/2017
COMPROVANTE SEGUNDO E PREVIDENCIA
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
11/01/2018 11:06:39



CÓPIA



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IN

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO

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, JOSEDA DAMAS NETO, PORTADOR(A) DO RG Nº 2.452.403-1 (U) 71 41 9 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 11/11/14 E CPF 042240224-94 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO PECAVEIA E RENDA MENSAL DE R\$ 130,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CARLOS JAMON COITA DAMAS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 Fundanal
- 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 Lotéricas 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/beneficiário.

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

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.

ASL-0320946-11

FABRANGA/PB, 10 de MAIO de 2014

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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CÓPIA

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12
CAIXA
AUTO-ATENDIMENTO - Itaporanga
DATA: 02/08/2017 HORA: 06:55:09
TERMINAL: 35711011 CONTROLE: 357110110020

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12
AGÊNCIA: 3571 - ITAPORANGA
CONTA: 013.00026507-7
CLIENTE: JOSILDA DANTAS REIS
EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA
AUTOMATIZADA

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12
COMPREI SEGURIDADE PREVIDENCIARIA
17 Ago 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Para mais informações, 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

Nome completo da vítima

André Luiz Costa Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo André Luiz Costa Pereira	CPF titular da conta 022.704.234-04	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Chiquinho I	Número 511	Complemento CASA
Bairro Área rural	Cidade Segredo	Estado PB
E-mail andreluizcosta@bol.com.br	CEP 58.775-000	Telefone (DDD) 55 33444520/33444521

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

☒ RECLUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA
☐ 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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237)	☐ BANCO DO BRASIL (001)	☐ ITAU (341)	
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			

AGÊNCIA NRO. 3571	D/V []	CONTA NRO. 28014	D/V 4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

BANCO NOME []	NRO []
AGÊNCIA NRO. []	D/V []
(Informar dígito se existir)	

CONTA NRO. []	D/V []
(Informar dígito se existir)	

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

Segredo 17 de Março de 2013
Local e Data

x Valdeni Costa de Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga-PB



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 1277 - 1 / 2017

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data do Fato: 26/ Fevereiro / 2017 . **HORAS:** 21h00.

Sob a responsabilidade do Del. Pol: GLEHERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante/Vítima:

JOSILDA DANTAS NETA, brasileira, natural de Igaracy/PB, Solteira, Peacadora, nascida no dia 03/11/78, filha de José Dantas de Souza e Maria do Socorro Neta, RG: 2.752.403/SSP/PB e CPF 042.240.224 - 94, residente no Sítio Chenguengue s/n área rural de Igaracy/PB.

Boletim de ocorrência

HISTÓRICO DO FATO:

A(s) notificante(s), após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o seguinte: **11/01/2018 10:55:50**
Que no dia e horas acima citadas, retornava de uma Novena na Capela do Sítio Barra, área rural de Igaracy/PB, conduzindo a moto HONDA/CG 160-FAN ESI, cor Vermelha, Ano 2012, Placa OFG4536/PB e chassi 9C2KC1670CR-599386, licenciada em nome de JOÃO PEREIRA e levando no CARONA o seu filho CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS, nascido no dia 14/04/2003, conforme a Cert. de Nascimento do Cart. de Igaracy/PB (Anexo) e ao passar por uma curva ainda no Sítio Barra, foram atropelado por outro motoqueiro que vinha em sentido contrário, onde a notificante conseguiu levar seu filho até sua residência e de lá acionaram o SAMU, onde o mesmo prestou socorro ao seu filho.

Itaporanga (PB), 05/ Abril / 2017.
ESCRIVÃO: **11/01/2018 10:55:50**

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLÍCIAI MAT. 602655
CHEFE DE CARTÓRIO

Notificante/Vítima: **11/01/2018 10:55:50**

CÓPIA

CÓPIA

Declaração de Inexistência de IML

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



ASI, Eu, Josilma Dantas Neta

identidade nº 2.452.403

e inscrito no CPF/ME sob o nº 042.240.224-94

residente e domiciliado na rua SETHO CHENEBENEGUE

Cidade IGARACY

Estado PARAIBA

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 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

ASI, 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.

x Josilma Santos Neta

Assinatura do declarante

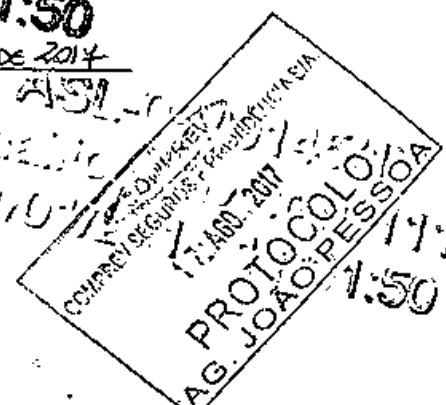
conforme documento de identificação

11/01/2018 11:01:50

ITAPORANGA/PB, 10 DE MAIO DE 2014

Local e data

ASI-0320145/11
edilson.oliveira.0111
11/01/2018 11:01:50





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de nascimento



Certidão de Nascimento
NOME: CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS
MATRÍCULA: 070128.01.55.2003.1.00008.326.0008110.11
Data: 14/04/2011
Hora: 10:56:28
Local: Igaracy-PB

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) quatorze de abril de dois mil e três	DIA 14	MES 04	ANO 2003
HORA DE NASCIMENTO 03:20	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Igaracy-PB		
MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF Igaracy-PB	LOCAL DE NASCIMENTO EM RESIDÊNCIA DE SEUS PAIS, NO SÍTIO CHENGUENGUE, 1119, DESTA MUNICÍPIO		SEXO masculino
FILIAÇÃO VALDEMI COSTA DA SILVA e JOSILDA DANTAS NETA			
AVÓS PATERNOS: JOSÉ FELIPE DA COSTA e MARIA AMRINS DA SILVA COSTA MATERNOS: JOSÉ DANTAS DE SOUZA e MARIA DO SOCORRO NETA			
GÊMEOS NÃO			
NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) NÃO POSSUI			
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) dois de maio de dois mil e três (02/05/2003)		DNV (DEC. NASC. VIVO) 10:56:28	

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
2ª VIA - Obs: REGISTRADO DE ACORDO COM A LEI VIGOR. EXTRAÍDO HOJE.
ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 10:56:28

NOME DO OFÍCIO Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais e Notas
OFICIAL REGISTRADOR Ariana Soares Brasileiro Silva
MUNICÍPIO/UF Igaracy-PB
ENDEREÇO Rua Bernardino Lopes de Souza, Igaracy-PB, Rm: Fone: (83)3480-1031 (83)9609-9707

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Igaracy-PB, 14 de Abril de 2011
Ariana Soares Brasileiro Silva
Oficial do Registro Civil
PROT. 0111
AG. JOAO 111
10:56:28

CÓPIA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de nascimento



Certidão de Nascimento

NOME:

CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS

MATRÍCULA:

070128 01 55 2003 1 00008 326 0008110 11

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO)

quatorze de abril de dois mil e três

DIA

14

MÊS

04

ANO

2003

HORA DE NASCIMENTO

03:20

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Igaracy-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

Igaracy-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

EM RESIDÊNCIA DE SEUS PAIS, NO SÍTIO CHENGUENGUE,
DESTE MUNICÍPIO.

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

VALDEMI COSTA DA SILVA e JOSILDA DANTAS NETA

AVÓS

PATERNOS: JOSÉ FELIPE DA COSTA e MARIA AMRINS DA SILVA COSTA

MATERNOS: JOSÉ DANTAS DE SOUZA e MARIA DO SOCORRO NETA

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO POSSUI

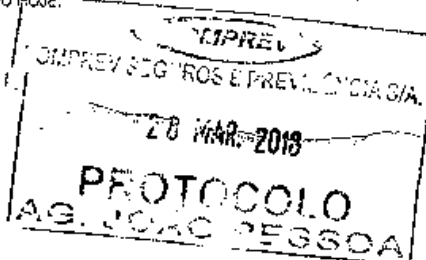
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

dois de maio de dois mil e três (02/05/2003)

DNV (DEC. NASC. VIVO)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2º VIA - Obs: REGISTRADO DE ACORDO COM A LEI VIGOR. EXTRAÍDO POR:



NOME DO OFÍCIO

Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais e Notas

OFICIAL REGISTRADOR

Ariana Soares Brasileiro Silva

MUNICÍPIO/UF

Igaracy-PB

ENDEREÇO

Rua Bernardino Lopes de Souza, Igaracy-PB, P.O. Box 111
(83)3480-1031 (83)9609-9707

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Igaracy-PB, 14 de Abril de 2011

Ariana Soares Brasileiro Silva

Ariana Soares Brasileiro Silva
Oficial do Registro Civil



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:32:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911324403500000034442421>

Número do documento: 20102911324403500000034442421

Num. 36069052 - Pág. 15

CÓPIA

MEDICAMENTOS PRESCRITO POR TELEMEDICINA	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 500ML	1	FITA DE GLICEMIA CAPILAR	1
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5% 500ML	1	ATADURA DE CREPON (15cm)	1
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO 500ML	1	GAZE ESTERIL (PACOTE)	1
GLICOSE 50%	1	SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	1
ÁGUA DESTILADA 10ml	1	JELCO N°	1
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)	1	SCALPE N°	1
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	1	EQUIPO MAGROGOTAS	1
PARACETAMOL GOTAS	1	SERINGA N°	1
DICLOFENACO 75mg	1	MASCARA DESCARTAVEL	1
FUROSEMIDA	1	LUVAS	1
CAPTAPRIL 25mg	1	CATETER TIPO OCULOS	1
AAS 100mg	1	OUTROS	
ISOROL 5mg	1		
METOCLOPRAMIDA	1		
HIDROCORTISONA 100mg	1		
HIDROCORTISONA 500mg	1		
DEXAMETASOANA	1		
DIPIRONA	1		
PLASIL	1		
OUTROS			

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASOOROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - AMBU) ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLLAR CERVICAL
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

ELIANA LOPES LEITE

MEDICO

Enfermeira

ENFERMEIRO(A)

COREN - PB 344308

AUX. TEC. DE ENFERMAGEM

Téc. de Enfermagem

CONDUTOR

COREN-PB 837.231



CÓPIA

ASL-0320145/17
adailton.0111
11/01/2018 11:00:30

PREFEITURA MUNICIPAL IGARACY - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU-192
REGIONAL DE PIANCO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR/INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº 172 Data: 26/08/2017 hora: 22:10

Nome da vítima: Carlos Junior C. Dutra Idade: 43 anos

Evento: ☒ Traumático ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Psiquiátrico ☐ Cirúrgico ☐ Outros

Procedência: Garanhuns

Solicitante: SAMU-192

Destino: Páteo

Contato: 11:00:30

Circunstâncias da transferência:

Identifique quais as insuficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Sam. Ortopedia

Procedimentos realizados no hospital:

Silvestre Yang Yang + an. ex

11/01/2018 11:00:30

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Melhor assistência

11/01/2018 11:00:30

Entrevistado:

COREN:

CRM:

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:00:30

Médico: Janna C. P. Benício Leite
CRM-PB 9810

adailton
11/01/2018 11:00:30

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CÓPIA

Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



RG nº 04.240.229-094 data de expedição 11/01/2018

Órgão SSP/PB 0111

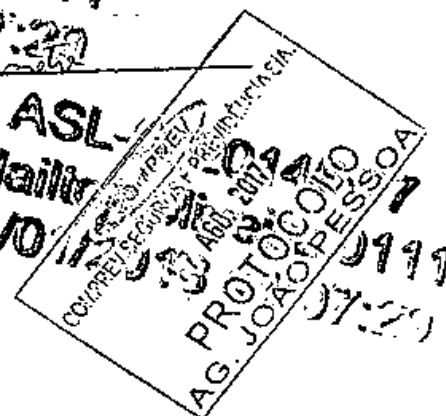
CPF nº 04.240.229-094 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	Sítio CHENGLÉ
Número	S/N
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ARCA BUEL
Cidade	IGARACY
Estado	PARANÁ
CEP	55847-5-000
Telefone de Contato	(83) 9994-1520 / 996948811
E-mail	sergio.asseio@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JARAGUÁ / PARANÁ, 10 DE MAIO DE 2018

Assinatura do Declarante: X Jarilda Santos



ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:07:29

CÓPIA

JORILDA DANTAS MEYA
ST. CHENGUE SUL 1341, AREA RUFINA
KARACY/PR CEP: 55750001 (AC: 244)

CUS 750002 PESCEICOLA / BADA PENHANCIONFASICO
 Retard 1 - 142-207-7110
 Nº med de x. 00001750138

ENERGIAS PARANAS DO BRASIL DOA DE ENERGIAS
 B-200, Km 25 - Estrada Rodovia - João Pestalozzi - CEP 55007-120
 Referência Abr/2017
 Emissão 03/04/2017
 CNPJ 09.096.187/0001-60 - INSC EST 19.315.823-3

Assistência ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1162023-4
Canal de contato

Apresentação

03/04/2017

próxima leitura

CP/5 CNP/5 RANI
422402208

1. Oito 11.10.17 12.10.17 13.10.17 14.10.17 15.10.17 16.10.17 17.10.17 18.10.17 19.10.17 20.10.17 21.10.17 22.10.17 23.10.17 24.10.17 25.10.17 26.10.17 27.10.17 28.10.17 29.10.17 30.10.17 31.10.17 01.11.17 02.11.17 03.11.17 04.11.17 05.11.17 06.11.17 07.11.17 08.11.17 09.11.17 10.11.17 11.11.17 12.11.17 13.11.17 14.11.17 15.11.17 16.11.17 17.11.17 18.11.17 19.11.17 20.11.17 21.11.17 22.11.17 23.11.17 24.11.17 25.11.17 26.11.17 27.11.17 28.11.17 29.11.17 30.11.17 01.12.17 02.12.17 03.12.17 04.12.17 05.12.17 06.12.17 07.12.17 08.12.17 09.12.17 10.12.17 11.12.17 12.12.17 13.12.17 14.12.17 15.12.17 16.12.17 17.12.17 18.12.17 19.12.17 20.12.17 21.12.17 22.12.17 23.12.17 24.12.17 25.12.17 26.12.17 27.12.17 28.12.17 29.12.17 30.12.17 31.12.17 01.01.18 02.01.18 03.01.18 04.01.18 05.01.18 06.01.18 07.01.18 08.01.18 09.01.18 10.01.18 11.01.18 12.01.18 13.01.18 14.01.18 15.01.18 16.01.18 17.01.18 18.01.18 19.01.18 20.01.18 21.01.18 22.01.18 23.01.18 24.01.18 25.01.18 26.01.18 27.01.18 28.01.18 29.01.18 30.01.18 31.01.18 01.02.18 02.02.18 03.02.18 04.02.18 05.02.18 06.02.18 07.02.18 08.02.18 09.02.18 10.02.18 11.02.18 12.02.18 13.02.18 14.02.18 15.02.18 16.02.18 17.02.18 18.02.18 19.02.18 20.02.18 21.02.18 22.02.18 23.02.18 24.02.18 25.02.18 26.02.18 27.02.18 28.02.18 29.02.18 01.03.18 02.03.18 03.03.18 04.03.18 05.03.18 06.03.18 07.03.18 08.03.18 09.03.18 10.03.18 11.03.18 12.03.18 13.03.18 14.03.18 15.03.18 16.03.18 17.03.18 18.03.18 19.03.18 20.03.18 21.03.18 22.03.18 23.03.18 24.03.18 25.03.18 26.03.18 27.03.18 28.03.18 29.03.18 30.03.18 31.03.18 01.04.18 02.04.18 03.04.18 04.04.18 05.04.18 06.04.18 07.04.18 08.04.18 09.04.18 10.04.18 11.04.18 12.04.18 13.04.18 14.04.18 15.04.18 16.04.18 17.04.18 18.04.18 19.04.18 20.04.18 21.04.18 22.04.18 23.04.18 24.04.18 25.04.18 26.04.18 27.04.18 28.04.18 29.04.18 30.04.18 01.05.18 02.05.18 03.05.18 04.05.18 05.05.18 06.05.18 07.05.18 08.05.18 09.05.18 10.05.18 11.05.18 12.05.18 13.05.18 14.05.18 15.05.18 16.05.18 17.05.18 18.05.18 19.05.18 20.05.18 21.05.18 22.05.18 23.05.18 24.05.18 25.05.18 26.05.18 27.05.18 28.05.18 29.05.18 30.05.18 31.05.18 01.06.18 02.06.18 03.06.18 04.06.18 05.06.18 06.06.18 07.06.18 08.06.18 09.06.18 10.06.18 11.06.18 12.06.18 13.06.18 14.06.18 15.06.18 16.06.18 17.06.18 18.06.18 19.06.18 20.06.18 21.06.18 22.06.18 23.06.18 24.06.18 25.06.18 26.06.18 27.06.18 28.06.18 29.06.18 30.06.18 01.07.18 02.07.18 03.07.18 04.07.18 05.07.18 06.07.18 07.07.18 08.07.18 09.07.18 10.07.18 11.07.18 12.07.18 13.07.18 14.07.18 15.07.18 16.07.18 17.07.18 18.07.18 19.07.18 20.07.18 21.07.18 22.07.18 23.07.18 24.07.18 25.07.18 26.07.18 27.07.18 28.07.18 29.07.18 30.07.18 31.07.18 01.08.18 02.08.18 03.08.18 04.08.18 05.08.18 06.08.18 07.08.18 08.08.18 09.08.18 10.08.18 11.08.18 12.08.18 13.08.18 14.08.18 15.08.18 16.08.18 17.08.18 18.08.18 19.08.18 20.08.18 21.08.18 22.08.18 23.08.18 24.08.18 25.08.18 26.08.18 27.08.18 28.08.18 29.08.18 30.08.18 31.08.18 01.09.18 02.09.18 03.09.18 04.09.18 05.09.18 06.09.18 07.09.18 08.09.18 09.09.18 10.09.18 11.09.18 12.09.18 13.09.18 14.09.18 15.09.18 16.09.18 17.09.18 18.09.18 19.09.18 20.09.18 21.09.18 22.09.18 23.09.18 24.09.18 25.09.18 26.09.18 27.09.18 28.09.18 29.09.18 30.09.18 01.10.18 02.10.18 03.10.18 04.10.18 05.10.18 06.10.18 07.10.18 08.10.18 09.10.18 10.10.18 11.10.18 12.10.18 13.10.18 14.10.18 15.10.18 16.10.18 17.10.18 18.10.18 19.10.18 20.10.18 21.10.18 22.10.18 23.10.18 24.10.18 25.10.18 26.10.18 27.10.18 28.10.18 29.10.18 30.10.18 31.10.18 01.11.18 02.11.18 03.11.18 04.11.18 05.11.18 06.11.18 07.11.18 08.11.18 09.11.18 10.11.18 11.11.18 12.11.18 13.11.18 14.11.18 15.11.18 16.11.18 17.11.18 18.11.18 19.11.18 20.11.18 21.11.18 22.11.18 23.11.18 24.11.18 25.11.18 26.11.18 27.11.18 28.11.18 29.11.18 30.11.18 01.12.18 02.12.18 03.12.18 04.12.18 05.12.18 06.12.18 07.12.18 08.12.18 09.12.18 10.12.18 11.12.18 12.12.18 13.12.18 14.12.18 15.12.18 16.12.18 17.12.18 18.12.18 19.12.18 20.12.18 21.12.18 22.12.18 23.12.18 24.12.18 25.12.18 26.12.18 27.12.18 28.12.18 29.12.18 30.12.18 31.12.18 01.01.19 02.01.19 03.01.19 04.01.19 05.01.19 06.01.19 07.

01/2017	02/2017	Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
	40,83	Consumos - 22/04/17 BP	30	1,14050	4,20
	47,51	Consumos - 11/12/04/17 BP	67	0,7570	14,37
		Atos Consumos			

Adm. & Maintenance	0.70
Supplies	0.10
ICUS	20.00
Out	10.70

37414 JARDOS DE MORAGA 01/2011

Conta de Consumo	MULTA 01/2017	0,00
(kWh)	ATUALIZAÇAO MONSTRADA 01/2017	1,79
	Obrigações Fiscais	0,75
		-20,00

07117

	BASE DE CALCULO	MUJQUOTA	VALOR R\$
CLASSE	22.26	24.00	14.27

Pis	\$0.83	0.9200	067
CORRIS	\$0.83	0.9200	241

10/04/2017 13:26

04a2.fas6d.348f.f658.12b8.6974.b932.9d39.

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Des. da Empresa	8,59	17,06
Compras de Materiais	9,43	20,19

RESTRAL	24,71	1230	RESTRAL	220	Receitas de Transmissão	0,48	24,70
49	48,47				Encargos Sociais	2,75	1,72
RESTRAL	8,13	0,00	CONTRATOS		Impostos Diretos e Encargos	10,48	7,00
54	18,71		LOTE SUPERIOR	702	Outros Serviços	0,00	48,79
RESTRAL	22,93		LOTE SUPERIOR	701			0,00
54							

0,74	0,00	Total	30,32	100,00
------	------	-------	-------	--------

Date of USD Print: 1/2017 PRG: 0.00
 45/

32014517

oliveira 11/01/2017

18 11-07-11

11.07:29

por: SUELLO MOREIRA TORRES 20/10/2020 11:33:44

0102911324403500000034442421

2017
11:07:29

0320145/17
A. Oliveira

018 11:07:29

AGD. 2017
COLO
PESSO

1329
Olivetti
1977
4.011
1:07:29

19

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:32:44

Num. 36069052 - Pág. 20

<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911324403500000034442421>

Número do documento: 20102911324403500000034442421

Comprovante de residencia

ASL-0320145/17
adaillon.oliveira.0111
11/01/2018 11:02:18

A: 
adail...oliveira.0111
11/01/2018 11:11:11

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL GONCALVES DE OLIVEIRA
TAPORAMA / PI CEP: 89700002 (A/C 154)

Renercisa
ENERGIA PUEBLA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
C/da Osvaldo Cruz, 100 - Jd. Santa Helena - CEP: 50701-100
Recife - PE (0800) 083 0196 Fax: 32 15 015-8234

Cidade/Estado: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONTE ALEGRE 9/204, R. 25 -
Pórtico 1 - 154 - 25 - 9150 Referência: 361/2011
Nº protocolo: 00001250201 Emissão: 12/09/2011

Nota Fiscal/Conto de Energia: 000000 426 100
Código para leitura Automática: 000000 70

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 www.energispa.com.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 5/27683-4

ASL-03
adattamenti
19/01/2017
12/08/2017
Data prevista di prossima lettura
13/07/2017
CPI/CNP/ENI
3004700403
Data 12/08/17

ASL-032014717
Education, Justice, 0171
1/1/14 11:03:03
Date: 01/01/14
Time: 11:03:03
Page: 1 of 1
User: [redacted]
[redacted]

CPM/CPM/RAPI	Atividade	Atual	Coeficiente	Consumo	DGR
330703403	0051 Leitões 0052 Leitões	1203/11	0,00	21	
Rebates em atraso					
	Demonstrativo				
	Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
	Consumo em kWh	50	0,0001	25,00	
	Adic. B. Vermelho			1,00	
	ICMS 11%			0,85	
	Pig. 11%			0,30	
	Costo			1,23	
	UNICAMENTOS E SERVIÇOS				
	CONTRIBUIÇÃO IMPOSTOS			1,69	
	JUROS DE MOROSIDADE			0,20	
	MULTA 0,50/11%			0,61	

ADJ. G. C. 145/17
marilton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

ra.0111
1:08:08

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE PROTOCOLO
17/04/2017
2017
PROTOCOLO
AGUARO PESSOA
1:08:08



CÓPIA

Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:40

RG nº 2.752.403/PA, data de expedição 11/01/2018, Órgão SSP/PB, 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 tercelro:

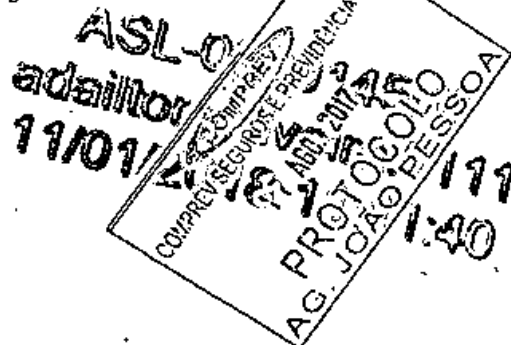
Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	Sítio (Chengue)
Número	S/N
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ARCA PUEL
Cidade	IGAPACY
Estado	PARAIBA
CEP	58445-000
Telefone de Contato	(83) 99944 1520 / 996948811
E-mail	SECTAO.ASSISSORIA@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:40
Local e Data: Fátima/PB, 10 de Maio de 2018

Assinatura do Declarante: X José da Santos neto

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:40



enerGisa

Emissão 06/03/2018 Referência Mar/2018

ENERGIA PAPER. DISTRIBUTION OF ENERGY SIA

Classificador: RESIDENCIAL GADAX PENCIA MONOFASICO Br.230, Km.25 - C/da Presidente - Jd. do Povo - F.E. - CEP 59071-090
Roteiro: 1. 148. 267. 2330 NF medidor: 00001250139 Cid: 100085 1837000043 - Tel: 516 8286

Nets FISCAL / Contas de Encargos e Despesas DOTAÇÃO 002736
Cód. para DFB Autom.Miscar:00011820234

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mar / 2018	06/03/2018	05/04/2018	4224022494

UC (Unidade Consumidora):

5/1162023-4

Canal de contato

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE: criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

- Furo de energia e maior rubrica: Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar causa à lesão grave ou morte quando há furto criminoso e a queda de um ferido, caso não seja evitada a queda de energia, quedas de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Comprovaento de residencia

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
01/02/18	9531	06/03/18	9745	1	116	33

Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	ICMS (R\$)	Base de Calc. (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	Base de Calc. (R\$)				
0001	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,244940	7,34	7,34	27	1,98	7,34	0,23
0501	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,419900	29,38	29,38	27	7,92	29,38	0,92
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	14,000	0,529840	8,81	8,81	27	2,28	8,81	0,27
0810	Subsídio			35,82	35,82	27	9,70	35,82	1,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0964	JUROS DE MORA 11/2017			1,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0505	MULTA 11/2017			1,64	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0635	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			1,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	Devolução Subsídio			-24,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação de Item: 72140

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
13/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 62.52

Histórico de Consumo (kWh)

102	57	104	97	95	89	93	102	129	102	106	100
Mar17	Abs17	Mar17	Jun17	Jul17	Aug17	Sep17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18
102	57	104	97	95	89	93	102	129	102	106	100

W. J. F. V. B. D. A. G. F. S. C.

0849.16ea.6c35.da8b.4c3e.23de.8ff9.4f3a

Indicadores de Qualidade		1/2018 - Presente
	Limites da ANEEL	Limite de Tensão Apurado (V)
DIGRESSUAL	24,71	143
DIG TRIMESTRAL	24,71	
DIG ANUAL	49,42	
FIGRESSUAL	9,04	100
FIG TRIMESTRAL	15,09	
FIG ANUAL	37,18	
DIAG	5,75	143
FIAG	15,90	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Salário	62.52	33.33
Aluguel	10.00	5.56
Alimentação	10.00	5.56
Transporte	10.00	5.56
Outros	10.00	5.56
Total	62.52	33.33

ATENÇÃO

ATENÇÃO
- REAVISO: Caso a(s) taxa(s) não seja(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/03/2016. Conforme Resolução 414/ANTEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em unidade consumidora para correção. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar esse mesmo item.
- ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS EM REAVISO. As atas estão a disposição do fornecimento para o cliente a 30 dias (trinta dias) após o vencimento de 21/03/2016, contados a partir de vencimento da última conta em atraso.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao consumidor caso não seja paga em 21 dias.
- Sua unidade em faturação nome: BAYSA RIBEIRO, sendo o desconto de R\$12,88

Faturas em atraso

Feb/18 56 70

Nov/18	56.13
Jan/18	56.43



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:32:44

<http://pje.tippb.ius.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911324403500000034442421>

Número do documento: 20102911324403500000034442421

Num. 36069052 - Pág. 24

CÓPIA

Declaração Circular SUSEP 445/12



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP 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 COAF.

* Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
* Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Wilson Roberto dos Santos, portador(a) do

RG nº 51.652.364, expedido por SSP/PE, em

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Carlton

do sinistro de DPVAT da natureza incapacidade

da vítima Carlton Junior Costa Dantas, e conforme

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

Profissão: RECURADOR Renda Mensal: R\$ 1.000,00

Documentos comprobatórios: não possui

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos

Assinatura: Wilson Roberto dos Santos



CÓPIA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Declaração do proprietário do ve

ASL-0320145/17
RG nº 354.810.212 data da expedição 18/12/1975 Órgão ISS/PB
Portador do CPF nº 1029.956.348-09 com domicílio na cidade de
Itaporanga estado de Paraíba

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio DAUAMARCO
nº 5/Nº complemento ÁREA RURAL, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a
vítima: CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS, cujo
condutor era: JOSILDA DANTAS NETO

Veículo: moto
Modelo: HONDA/CG-150/FAN EST
Ano: 2012/2012
Placa: OFG4536/PB
Chassi: 9C2KCL164CR54386
Data do Acidente: 26/02/2014

Local e Data: ITAPORANGA/PB 11/03 DE MAIO DE 2014

Assinatura do Declarante (RECONHECER F

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:02:02

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



[illegible]

Documentação médica - hospital

CÓPIA

COPIA



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO
RUA HORACIO NÓBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3123-2741

Prontuário: 90305

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Servidor do Dr.: adailton

Data/Hora 26/2/2017 23:37:06

Paciente: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS

Idade: 13 Sexo M

Filiação

Pai: VALDEMI COSTA DA SILVA

Mãe: JOSILDA DANTAS NETO

Endereço

Cidade: IGARACY - PB - 58775-000 - 2502607

Endereço: SÍTIO CHEGUEM

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: IGARACY - PB

Fone:

Documentos

CNS: 898-0045-3111-6129

Identidade:

CPF:

Reg. Nasco:

Informações adicionais

Nascimento: 14/4/2003

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

paciente vítima de acidente com moto de 50cc e fratura no pé esquerdo

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

sem edema e ferida perfurada na região dorsal do pé esquerdo e hipotermia 098R

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

11/01/2018 11:03:07

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Sair Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: 11/01/2018 11:03:07

Recepção: ISRAEL



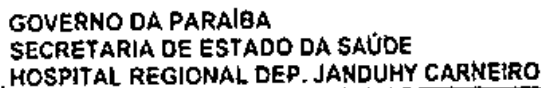


COPY

SECRETARIA DE SAÚDE		Hospital		Enfermaria		Leito		Nº Prontuário	
FORMA DE ANESTESIA		Nome		Idade		Sexo		Cor	
Data		Pressão Arterial		Respiração		Temperatura		Peso	
Fio Saturado		Hemóclito		Hemograma		Urina		Outros	
Urina		VER PRONTUÁRIO							
Ap. Respiratório				Ap. Circulatório				Medicamentos	
Ap. Digestivo				Ap. Urinário					
Estado Mental				Atividade				Hipotensão	
Diagnóstico Pré-Operatório				Estado Físico				Risco	
Anestesia Intencional									
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado em				Efeito	
MIDAZOLAM 5 mg									
Agente Anestésico		Dose		Efeito		Tosse		Larva	
Dose		(SF) (SF) (SF)		Náusea		Vômitos		Queda	
CÓDIGO		230		MANUTENÇÃO		Cefazolina 2g		Dexamet. 8mg	
P.V. ARTERIAL: PULSO: - HEMOGLOBINA: OXIGENACAO		240				Eforcil 10mg		Tenoxam 20mg	
		220				Dipirone 2g		Ondansetrona 8mg	
		200				Anestesia Geral Sim		Não	
		180				Hf. porque?			
		160				DESPERTAR			
		140				Reflexos nº 30			
		120				Obito		COR	
		100				Náusea		Vômitos	
		80				Queda			
		60				Com clâmula			
		40				Sem o tubo em		não	
		20				CONDIÇÕES			
Simbolos		SPO2 98%				Cintila			
Anotações									
Posição									
Anestesia		NEOCAINA 0,5%							
Técnica		RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR							
Operatório		120g de líquido (0mg) + Sólido							
Cirurgião		Dr. W. de Jesus							
Anestesiologista		DR. TAVIO LEAL							
Observações									
Anotar no verso as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias									



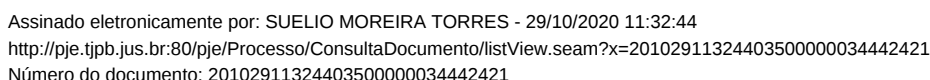
COPIA



RELATÓRIO DE CÍRURGIA

Nome: CARLOS JUNIOR - COSTA SANTOS		Nº prontuário: 101.019.4.3
Data da Cirurgia: 2002-17-11-03-07		Leito: 03-07
Cirurgião: DR. WARETON	1º Auxiliar: de fspa	
Anestesiista: DR. PAULO ASI	Tipo de Anestesia: RAOM	
Diagnóstico Pré-Operatório: 11/01/2001 - 11/01/2001		
Tipo de Cirurgia: protomundo cirurgico		
Diagnóstico Pós-Operatório: 11/01/2001 - 11/01/2001		
Relatório Imediato do Patologista: 11/01/2001 - 11/01/2001		
Exame Radiológico no Ato: 11/01/2001 - 11/01/2001		
Acidente Durante a Cirurgia: 11/01/2001 - 11/01/2001		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA.

[illegible]

COPIA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE: <u>Carlos Junior Costa Dantas</u> DE: <u>AA</u> LGTO: <u>805</u> CONVÊNIO: <u>SUS</u> RUA: <u>13</u> RESPOSTA: <u>AGUARDAR</u> CIRURGIÃO: <u>Dr. Wagner</u> ANESTESISTA: <u>Dr. Carlos</u> INSTRUMENTADORA: <u>Dr. Carlos</u> DATA: <u>24-02-17</u> HORA: <u>01:00</u> TEM: <u>17</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDIRY CARNEIRO

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp S.F. 0.97
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi 10 e 4
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. do Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vascular		Seringa 3 ml
	TX. Sola		Seringa 6 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro do Pulso		Eléctrodo desc.
	Noocain		Aladura de Croupom 10cm
	Matotano		Aladura de Croupom 20cm
	Thionembutal		Aladura Gessada 10cm
	Quelctin		Sonda Uretal
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominald		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Draino Penrose
	Xilostesin a 5%		Draino SUT 20
	Inoval		Draino de Tórax
	Xilocaína a 2% U.A.		Esparadrapo
	Etodimilato		Xilocaína Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Publicovalina 0,5%		PVP I Tintura
	Dimorf		Gases
	Lidocain 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcain		Algodão Ortopédico
	Foraco		Cidox
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Partilha de Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Elfortil		Fio Cromado 5 c/ agulha
	Cetacolina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Esparin 5000 Vi		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	THALH		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Réquê Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abocain 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		Protens 2-0 c/ agulha
	Protens 0 c/ agulha		





Doc. de identificação
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

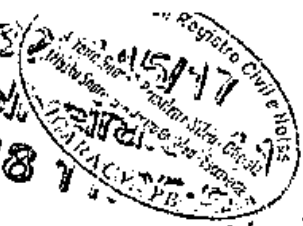
CÓPIA

Documentos de identificação



Certidão de Nascimento

NOME: CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS
MATRÍCULA: 070128 01/55 2003 1 00008 326 0008110 11



DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) quatorze de abril de dois mil e três		DIA 14	MÊS 04	ANO 2003
HORA DE NASCIMENTO 03:20	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Igaracy-PB			
MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF Igaracy-PB	LOCAL DE NASCIMENTO EM RESIDÊNCIA DE SEUS PAIS, NO SÍTIO CHENGUENGUE, DESTE MUNICÍPIO.		SEXO masculino	
FILIAÇÃO VALDEMI COSTA DA SILVA e JOSILDA DANTAS NETA				
AVÓS PATERNOS: JOSÉ FELIPE DA COSTA e MARIA AMRINS DA SILVA COSTA MATERNOS: JOSÉ DANTAS DE SOUZA e MARIA DO SOCORRO NETA				
GÊMEOS NÃO POSSUI				
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) dois de maio de dois mil e três (02/05/2003)		DNY (DEC. NASC. VIVO)		

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
2º VIA - Obs: REGISTRADO DE ACORDO COM A LEI VIGOR. EXTRAÍDO HOJE.
11/01/2018 11:05:58

NOME DO OFÍCIO Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais e Notas
OFICIAL REGISTRADOR Ariana Soares Brasileiro Silva
MUNICÍPIO/UF Igaracy-PB
ENDEREÇO Rua Bernardino Lopes de Souza, Igaracy-PB (83)3480-1031 (83)9609-9707

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Deu-se
Igaracy-PB, 14 de Abril de 2011
Ariana Soares Brasileiro Silva
Oficial do Registro Civil



CÓPIA

Documentos de identificação



ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:03:40

adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:03:40



ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:03:40

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:03:40

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:03:40

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:03:40

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:03:40
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



CÓPIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL

NOME JOSILDA DANTAS NETA

FILIAÇÃO José Dantas de Souza
Maria do Socorro Neta

IGARACY - PB

03.11.1978

Cert. Nas: 21.370, fls. 144v, Liv. A-3

Cart. Civ. de Igaracy - PB

CPF 0111

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 25/08/01

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSILDA DANTAS NETA

Nº de Inscrição 042240224-94

Data de Nascimento 03/11/78

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

11/01/2018

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e exigível para todos os efeitos legais.

Nome JOSILDA DANTAS NETA

CPF 042240224-94

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 06/05/00

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:12:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:12:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:12:12

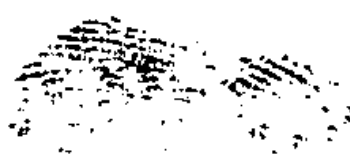
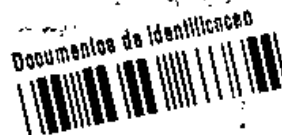
COMPREV
COMPREV SEGURAS E PREVIDENCIA S/A
17 AGO 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



PROT. 100
SUPERVISOR DE POLÍCIA CIENTÍFICA
20 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

validado pelo sistema de identificação

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE

2.160.180 - 2 VIA EXPEDIÇÃO 27/05/2010

NOME VALDEMI COSTA DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ FELIPE DE COSTA
MARIA MARTINS DA SILVA COSTA

LOCALIDADE

PIANCÓ-PB

DATA DE NASCIMENTO

23/03/1977

REGISTRO NASC.N. 4683 FLS. 130V LIV. A-05

CARTÓRIO PIANCÓ-PB

CPF 022.704.284-04

PROTOCOLADO
AG. LIC. PESSOA
MAR. 2018

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

CARTELA DE IDENTIFICAÇÃO

DUT

[illegible]

2018 11:08:19

ASL 0320145/17
adaillon.n...

997017-01-1

ASL-0320145/17
edailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:19

ASI
adail
11/11/2017
COMPROSSO
PROTEGOLO
JOAQUIM SOA
0111
08:13



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS** Sinistro: **3180034967** Data: **26/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CHENGUEGUE, SN, CASA - AREA RURAL - Igaracy - PB - CEP 58775-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2752403**

Data local do exame: [**28/02/2018**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESQUERDO DE APROXIMADAMENTE 5 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 2º, 3º, 4º E 5º DEDO EM APROXIMADAMENTE 20º, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25º, EDEMA DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ACOMETIDO (2+/4+), ALÉM DE ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSAL DO PÉ.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 26/02/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE LIMPEZA DE FERIMENTOS, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, FIXAÇÃO DE FRATURAS DO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 1,5 MM, ALÉM DE IMOBILIZAÇÃO COM TALA BOTA, RETIROU OS FIOS APÓS UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, POIS RESIDE EM ZONA RURAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

RETRAÇÃO DE PARTES DE 5 CM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 2º, 3º, 4º E 5º DEDO EM 20º DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25º EDEMA DE PARTES MOLES ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PE ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



Outros



CÓPIA

.. SEGURADORA LÍDER DE CONSENSÓRCIO DPVAT:

Eu Carlos Junior Costa Dantas, SINISTRO de nº 3170959788, inscrito no CPF de nº 042.240.224-51, venho respeitosamente a vossa senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar o indeferimento da minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

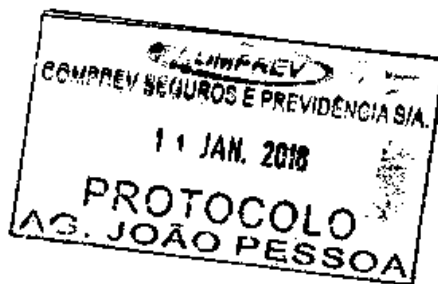
Informo ainda que a meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas lesões.

Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

Itaporanga/PB 11 de 12 de 2017.



Suelio Moreira Torres
PROCURADOR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013579/18
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
CPF: 042.240.224-94

CPF de: Representante

Data do Acidente: 26/02/2017
Titular do CPF: JOSILDA DANTAS NETA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS : 042.240.224-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSILDA DANTAS NETA : 042.240.224-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013579/18
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
CPF: 042.240.224-94

CPF de: Representante

Data do Acidente: 26/02/2017
Titular do CPF: JOSILDA DANTAS NETA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de nascimento
Outros

Outros



VALDEMI COSTA DA SILVA : 022.704.284-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

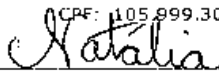
Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 28/03/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034967 **Cidade:** Igaracy **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de pé esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034967 **Cidade:** Igaracy **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESQUERDO DE APROXIMADAMENTE 5 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS EM APROXIMADAMENTE 20º, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25º, EDEMA DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ACOMETIDO (2+/4+), ALÉM DE ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSAL DO PÉ.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 26/02/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE LIMPEZA DE FERIMENTOS, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, FIXAÇÃO DE FRATURAS DO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 1,5 MM, ALÉM DE IMOBILIZAÇÃO COM TALA BOTA, RETIROU OS FIOS APÓS UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, POIS RESIDE EM ZONA RURAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



COPIA

Procuração

PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: JOSILDA DANTAS NETO

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Profissão: Pescadora

Identidade: 2.452.403-59

CPF: 042.240.224-94

Endereço: Sítio CHENGUENQUE S/N, APEA RURAL, FARRANGA/PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson RODRIGUES DOS SANTOS

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Auxiliar

Identidade: 5.652.161

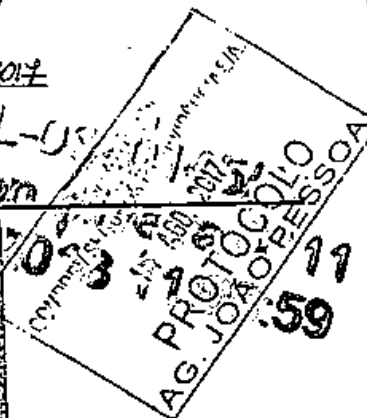
CPF: 039.244.064-08

Endereço: R. Manoel Pereira Caviana, 58, Centro, FARRANGA/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS

Local e data: FARRANGA/PB, 04 DE MAIO DE 2017



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

Nome completo da vítima

Carlos Junior Costa Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Waldemir Costa da Silva</i>		CPF titular da conta <i>022.704.284-04</i>	Profissão <i>Agricultor</i>
Endereço <i>Sítio Changuê I</i>		Número <i>SIN</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Área rural</i>	Cidade <i>Igaracy</i>	Estado <i>PB</i>	CEP <i>58.775-000</i>
Email <i>sertao_assessoria@hotmail.com</i>		Telefone (DDD) <i>83</i>	<i>999477520/9969788M</i>

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ 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. 3577		D/V 		CONTA NRO. 28011		D/V 4	
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRO. D/V				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA 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.

Taparanga 07 de março de 2018
Local e Data

Waldemir Costa da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



JOSILDA DANTAS NETA
SIT CHENGUEQUEI, S/N - AREA RURAL
IGARACY / PB CEP: 58775000 (AG. 144)

Emissão: 08/03/2018 Referência: Mar/2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B+230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 58071-690
Roteiro: 1 - 148 - 367 - 2330 Nº medidor: 00001250139

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 58071-690
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc. Est.: 16.015.825-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.002.731
Cód. para Dib. Automático: 00011620234

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista de próxima fatura:	CNPJ/CPF/RAN:
Mar/2018	06/03/2018	05/04/2018	4224022494

UC (Unidade Consumidora):

5/1162023-4

Informações importantes

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Furto de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica a quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- 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	Leitura	Data	Leitura	
01/02/18	8831	08/03/18	8745	
			114	33

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Alíq. (ICMS) (%)	Base Calc. (R\$)	ICMS (%)	Base Calc. (R\$)	ICMS (%)
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,244940	7,34	7,34	27	1,86	7,34	0,25
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,418800	29,39	29,39	27	7,83	29,39	0,20
0601	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	14,000	0,629840	8,81	8,81	27	2,38	9,51	0,06
0610	Subsídio			35,92	35,92	27	9,70	35,92	0,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORA 11/2017			2,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2017			1,54	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			1,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-24,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 62,52 91,48 21,99 91,48 0,55 2,54

Média últimos meses (kWh)
100

VENCIMENTO
13/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 62,52

Histórico de Consumo (kWh)											
102	97	104	97	95	98	90	102	129	102	108	
Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	

RESERVADO AO FISCO 0849.16ea.6c35.da8b.4c3e.23de.8ff9.4f3a.

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	12,35	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	24,71		
DIC ANUAL	49,42		
FIC MENSAL	8,04	CONTRATADA	202
FIC TRIMESTRAL	16,09	LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	32,18	LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	6,79		
DICRI	16,60		

Discriminação	Valor (R\$)
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	12,07
Imposto de Renda	14,00
Imposto de Renda	14,00
Imposto de Renda	3,34
Imposto de Renda	31,00
Imposto de Renda	0,00
Total	62,52

Valor de USDT Ref. 1/2018: R\$ 14,74

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/03/2018. 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. - Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$24,88.

Faturas em atraso
Fev/18 56,70
Jan/18 56,43

PROTÓCOLO
68 MAR. 2018
COMPRE SEGURO E ECONOMIZE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:32:44

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911324403500000034442421

Número do documento: 20102911324403500000034442421

ESTADO DA PARAIBA DI. P-100
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAIBA DI. P-100
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI. P-100

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO



vald m. l. o. a. l. d. e. c. l. v. a.

台人與越人爭地

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROTOCOLLO
8 MAR 2019

6-8 MAR 2018

APR 9 2018
COMPTON SEVEN

PROTOCOLLO
68 MAR 1968



REGISTRO
GERAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME VALDEMI COSTA DA SILVA
2.160.180 - 2 VIA EXPEDIÇÃO 27/05/2010

FILIAÇÃO JOSÉ FELIPE DE COSTA
MARIA MARTINS DA SILVA COSTA

NATURALIDADE

PIANCÓ-PB

DATA DE NASCIMENTO

23/03/1977

DOC ORIGEM NASC.N. 4683 FLS. 130V LIV. A-05
CARTÓRIO PIANCÓ-PB

CPF 022.704.284-04

PROTOCOLADO
Pessoa

68 MAR. 2008

COMPEN. SEGURO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

GRUPO 24 UNIDADES DO MUNICÍPIO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



Certidão de Nascimento

NOME:

CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS

MATRÍCULA:

070128 01 55 2003 1 00008 326 0008110 11



DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO)

quatorze de abril de dois mil e três

DIA

14

MÊS

04

ANO

2003

HORA DE NASCIMENTO

03:20

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Igaracy-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

Igaracy-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

EM RESIDENCIA DE SEUS PAIS, NO SÍTIO CHENGUENGUE,
DESTE MUNICIPIO.

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

VALDEMI COSTA DA SILVA e JOSILDA DANTAS NETA

AVÓS

PATERNOS: JOSÉ FELIPE DA COSTA e MARIA AMRTINS DA SILVA COSTA
MATERNOS: JOSÉ DANTAS DE SOUZA e MARIA DO SOCORRO NETA

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

dois de maio de dois mil e três (02/05/2003)

DNV (DEC. NASC. VIVO)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2º VIA - Obs: REGISTRADO DE ACORDO COM A LEI VIGOR. EXTRAÍDO HOJE.



NOME DO OFÍCIO

Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais e Notas

OFICIAL REGISTRADOR

Ariana Soares Brasileiro Silva

MUNICÍPIO/UF

Igaracy-PB

ENDEREÇO

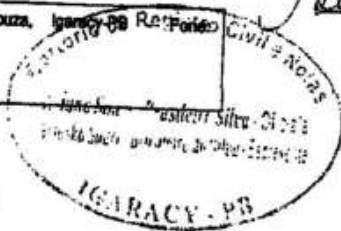
Rua Bernardino Lopes de Souza, Igaracy-PB
(83)3480-1031 (83)9809-9707

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Igaracy-PB, 14 de Abril de 2011

Ariana Soares Brasileiro Silva

Ariana Soares Brasileiro Silva
Oficial do Registro Civil



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

Nome completo da vítima

Carlos Júnior Costa Nantas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Josilda Nantas Neta	CPF titular da conta 042.240.224-94	Profissão Pescadora
Endereço R. Sítio Chequengue	Número 51N	Complemento Casa
Bairro Área rural	Cidade Igaracy	Estado PB
Email sertas-assessoria@hotmail.com	CEP 58.775-000	Telefone (DDD) 339471520

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237)	☐ BANCO DO BRASIL (001)	☐ ITAÚ (341)	
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			

AGÊNCIA NRO. 3571 (Informar dígito se existir)	D/V ☐	CONTA NRO. 26507 (Informar dígito se existir)	D/V 7
--	---------------------------------	---	-----------------

AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V ☐	CONTA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V ☐
---	---------------------------------	---	---------------------------------

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.

Taporanga 18 de Abil de 2018.

Local e Data

x Josilda Nantas Neta
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE PIANCO/PB

Processo: 08010948520198150261

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

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.



É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PIANCO, 27 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

