



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35546188	16/10/2020 10:27	2757095_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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 04020224-94 / 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 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 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, de 11 de MAIO de 2014
Assinatura do Beneficiário: 17/05/14

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 - 16/10/2020 10:27:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610271415300000033956671>

Número do documento: 20101610271415300000033956671

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: 2.013.00026507-7
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 157 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 157 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 157

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) 104 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 043 800265077

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-0320946717

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 - 3571 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
COMPREVEI SEGURISTE PREVIDENCIA SIA
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
Email andrelucosta@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 ☐ 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) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 3571

D/V

CONTA

NRO. 28014

D/V

(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.

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 Noverana 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:

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

Notificante/Vítima. 0111

CÓPIA

CÓPIA

Declaração de Inexistência de IML

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



ASI, Eu, Josilma Dantas Neta

ASI

portador da carteira de

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:

(X) 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

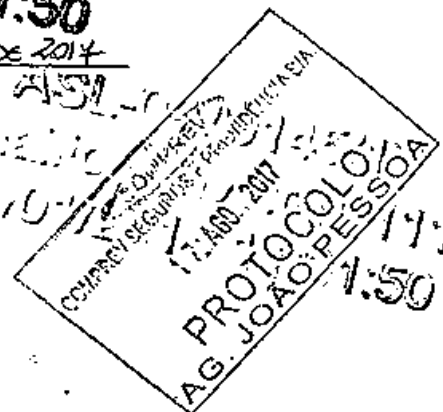
11/01/2018 11:01:50

ITAPORANGA/PB, 10 DE MAIO DE 2014

Local e data

ASI-0320145/11

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, 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

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
(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

PROTOCOLO
AG. JOÃO 111
10:56:28

COPIA





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

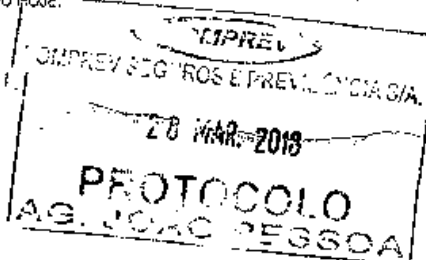
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

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 - 16/10/2020 10:27:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610271415300000033956671

Número do documento: 20101610271415300000033956671

COPIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO MTR: USB-05



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 26/02/2020 OCORRÊNCIA Nº: 192/0101/2020 LOCAL DO OCORRÊNCIA: Rua da República, 132, Jd. São José, Igaracy/RS

APÓIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO

QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRANSITO ☐ PEDIÁTRICO

☐ AGRESSÃO ☐ PSIQUIÁTRICO

☐ CLÍNICO ☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO

☐ DESABAMENTOS/OFERIMENTO ☐ QUESO - METROS

☐ ELETROCUSSÃO ☐ QUEIMADURAS

☐ F.A.B. ☐ OUTROS

☐ F.A.P. (P.A.F.)

☐ GINECO-OBSTÉTRICO

☐ LESÕES TÉRMICAS

ANTECEDENTES

☐ AIDS ☐ DOENÇA MENTAL

☐ ALCOOLISMO ☐ DOENÇA RENAL

☐ AVC ☐ DROGA

☐ CIRURGIAS REALIZADAS ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL

☐ CONVULSÕES ☐ INTERMAMENTOS ANTERIORES

☐ DIABETES ☐ MEDICAMENTOS

☐ DOENÇA CARDÍACA ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA ☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE

SERVIÇO MÉDICO: H.R. P. L. M. RESPONSÁVEL: F. L. M. FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: R. da República, 132, Jd. São José, Igaracy/RS RESPONSÁVEL: F. L. M. FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS)

DOR Local da FRATURA

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO: 20 lpm ☐ ☐ PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE / PAS: ☐ >90mmHg ☐ <90mmHg

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: 192/0101/2020

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Condição Aguda ☐ Desmaturação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VAA ☐ Dislexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Altitude ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deletérios ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Relação Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Intenção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

1. ISSUVAÇÃO DE O2 5L/min

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. O paciente chegou ao SAMU com dor no membro superior direito, relatando que a dor começou quando ele estava trabalhando com uma ferramenta. A dor é descrita como uma dor tipo "corte" e piora com o movimento do membro afetado.

2. Foi realizada a avaliação física, constatando-se uma lesão por trauma no membro superior direito, com presença de dor, inchaço e vermelhidão na região afetada.

3. Foi realizada a aplicação de gelo na região afetada para controle da dor e redução do inchaço.

4. Foi realizada a administração de analgésico para controle da dor.

5. Foi realizada a administração de O2 5L/min para oxigenação do paciente.



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	
ISOROIL 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
☐ TALASITRACÃO ☐ 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 ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MEDICO: _____ ELIANA LOPES LEITE

ENFERMEIRO(A): _____ COREN - PB 344308

AUX. TEC. DE ENFERMAGEM: _____

CONDUTOR: _____

RG: _____



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: ☒ Traumatismo ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Psiquiátrico ☐ Cirúrgico ☐ Outros

Procedência: Garças

Solicitante: Samu 192

Destino: Pianco

Contato: 11/01/2018 11:00:30

Circunstâncias da transferência:

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

Samu 192

11/01/2018 11:00:30

Procedimentos realizados no hospital:

Suporte vital básico + oxigênio

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

melhor assistência

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 04.240.229-09 data de expedição 11/01/2018

CPF nº 04.240.229-09 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)	<u>Sítio CHENGLÉ</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ARCA BUEL</u>
Cidade	<u>IGARACY</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>55845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9994-1520 / 9969-8811</u>
E-mail	<u>SENTO ASSIS (SENTO)@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: IGARACY/PR 10 DE MAIO DE 2018

Assinatura do Declarante: X

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



CÓPIA

JOSILDA DA SILVA
ST. CHEMENSE (SUL) S.A. - APEA RURAL
RUA RACY 779 CIL - 55779000 (AG. 144)

CUSTAS DE RESCISÃO / BADA PRECATORIAÇÃO
Rota 1 - 145 - 207 - ZED
Nº de doc. 0000125013R
Referência: Abr/2017
Emissão: 03/04/2017

ENERGISA PARANÁ - OS FURNICIONA DE ENERGIA EM
Rota 1 - 145 - 207 - ZED
Nº de doc. 0000125013R
Referência: Abr/2017
Emissão: 03/04/2017

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 51182023-4

Canal de contato: 11/01/2018 11:07:29

3ª Lei de Energia Envia - TSEE Aprovada pelo Lei
10.104/2002, de 28 de Abril de 2002

Conforme Resolução Mandatária ANEEL nº 371/2011,
de 03 de Abril de 2011, a partir de 1ª de Maio de 2011,
os clientes da ENERGISA PARANÁ deverão ser atendidos em
Ondas de Energia de Reserva (OER) da Usina Angra II
dentro da faixa de 1 a 10 unidades consumidoras de
cada de acordo com sua data de leitura e faturamento.
Mais informações em: www.energisapara.com.br

03/04/2017
Data prevista da
próxima leitura

04/05/2017

CPI/CHP/RAN

471072496

Int. CH

13/03/2017

08/02/2017

16,21

42,51

Consumo - 314 kWh.BP

Consumo - 314 kWh.BP

Adm. G. Manutenção

Adm. G. Manutenção

Impostos

ICMS

PIS

COFINS

Consumo - 314 kWh.BP

Consumo - 314 kWh.BP

Adm. G. Manutenção

Adm. G. Manutenção

Impostos

ICMS

PIS

COFINS

Consumo - 314 kWh.BP

Consumo - 314 kWh.BP

Adm. G. Manutenção

Adm. G. Manutenção

Impostos

ICMS

PIS

COFINS

Consumo - 314 kWh.BP

Consumo - 314 kWh.BP

Adm. G. Manutenção

Adm. G. Manutenção

Impostos

ICMS

PIS

COFINS

Consumo - 314 kWh.BP

Consumo - 314 kWh.BP

Adm. G. Manutenção

Adm. G. Manutenção

Impostos

ICMS

PIS

COFINS

Consumo - 314 kWh.BP

Consumo - 314 kWh.BP

Adm. G. Manutenção

Adm. G. Manutenção

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo - 314 kWh.BP	30	1,4050	4,20
Consumo - 314 kWh.BP	67	0,7570	50,72
Adm. G. Manutenção			0,18
Adm. G. Manutenção			0,18
Impostos			20,28
ICMS			14,73
PIS			0,51
COFINS			2,41

ANEXO DE SERVIÇOS
Multa 01/2017
Atualização do Montante 01/2017
De: Carlos Sanches

BASE DE CÁLCULO	MUQUOTA	VALOR R\$
ICMS = 14,73	14,73	14,73
PIS = 0,51	0,51	0,51
COFINS = 2,41	2,41	2,41

VENCIMENTO 10/04/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 39,13

04a2.fas4.348f.1658.12b8.6974.6932.9d39.

Indicadores de Qualidade

Unidade da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)
DOMESTICA	12,31	0,00
DE COMERCIAL	24,31	0,00
DE INDUSTRIA	48,62	0,00
DE RESIDUAL	19,51	0,00
DE RURAL	27,24	0,00
DE RURAL	18,83	0,00

Discriminação	Valor	%
Serviço de Energia	0,29	11,86
Serviço de Energia	0,43	24,10
Serviço de Energia	0,43	1,23
Serviço de Energia	1,75	1,03
Serviço de Energia	10,48	45,70
Serviço de Energia	0,00	0,00
Total	39,13	100,00

Item de R\$ 300,00 em 1/2017 (R\$ 14,00)

PROTÓCOLO
AGUARDANDO PESSOA
11/01/2018 11:07:29

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

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

CÓPIA

Comprovante de residencia



ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

Rennergisa

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CARD, 28 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 5870000 (A/C: 154)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
Pólo: 1 - 154 - 25 - 9158
Nº de contrato: 50057725001

Referência: 12/07/2017
Emissão: 12/07/2017

Meta Força / Corrente: 25 Ampères / 1000 VA
Código para OUV: Automação 000000000000

Atendimento ao Cliente ENERGIA 0800 083 0196 - Site: www.energgia.com.br

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

Jun / 2017

Representação

12/08/2017

Data prevista de próxima leitura

13/07/2017

CPF/CNPJ/RANI

2834709403

Nome: Edilson

Anterior

Atual

Constante

Consumo

DATA

DATA	Anterior	Atual	Constante	Consumo
12/07/17	820	1200/17	820	380

Detalhamento

Descrição	Valor (R\$)
Consumo em kWh	23,85
Adic. B. Vermeja	0,85
ICMS	0,20
PIS	0,20
COPRO	1,00
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	3,50
JUROS DE MORA 08/2017	0,20
MULTA 08/2017	0,20

Pagamentos em atraso

11/01/2018 11:08:08

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA
11/01/2018 11:08:08



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 01/19
CPF nº 04.240.224-04, 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:

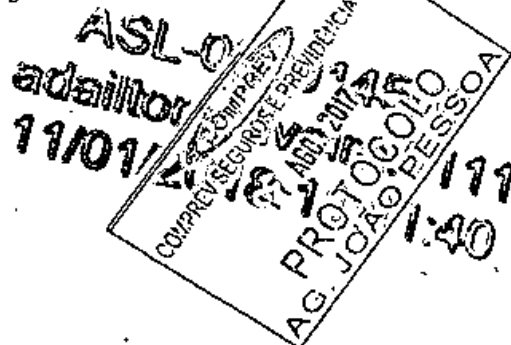
Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	Sítio (Chengue)
Número	S/N
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ARCA PUEL
Cidade	IGAPACY
Estado	PARAIBA
CEP	58.445-000
Telefone de Contato	(83) 99944 1520 / 996948811
E-mail	SECTAO.ASSISSORADA@hotmail.com

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



26



JOSILDA DANTAS NETO
SIT. CHEMQUEQUEI, S/N - AREA RURAL
IDARACY / PB CEP: 58775000 (AG. 144)

Emissão: 06/03/2018 Referência: Mar / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA PENHA MONDASCO B230, Km 25 - Cid. Presidente Dutra - Paraíba - CEP: 58907-100
Roteiro: 1 - 148 - 267 - 2330 Nº medidor: 03001250139

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.085.182/0001-43 - Ins. Est.: 15.016.828-6

Nota Fiscal / Conta de Energia é emitida Nº 002.002.731
Cód. para Df. Automático: 00011620234

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

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

UC (Unidade Consumidora):

5/1162023-4

Canal de contato

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE tornada 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 quem não faz o furto: prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, ouima 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.

Comprovante de residência



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 01/02/18 Leitura: 9531	Data: 06/03/18 Leitura: 8745	1	116	33

Demonstrativo		Valor		Cód. de		Cód. de		Cód. de		Cód. de	
Descrição		Quantidade		Tarifas		Tributos		Tributos		Tributos	
0801	Consumo até 20kWh-BR	30,000	0,244945	7,34	7,34	27	1,98	7,34	1,98	1,98	0,23
0801	Consumo - 21 a 100kWh-BR	70,000	0,419900	29,39	29,39	27	7,92	29,39	7,92	7,92	0,27
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	14,000	0,629840	8,81	8,81	27	7,22	8,81	7,22	7,22	0,27
0810	Subsídio			35,82	35,82	27	9,70	35,82	9,70	9,70	1,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0864	JUROS DE MORA 11/2017			1,29	0,00	0	0,00	1,29	0,00	1,29	0,00
0809	MULTA 11/2017			1,64	0,00	0	0,00	1,64	0,00	1,64	0,00
0835	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			1,48	0,00	0	0,00	1,48	0,00	1,48	0,00
0806	Devolução Subsídios			-24,65	0,00	0	0,00	-24,65	0,00	-24,65	0,00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL

52,52

52,52

21,32

21,32

Média últimos meses (kWh)
109

VENCIMENTO
13/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 62,52

Histórico de Consumo (kWh)

102	97	104	97	95	99	90	102	129	102	106	102
Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

RECEBADO ANTES

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

Indicadores de Qualidade		1/2018 - Ponto	
		Limites	
		da ANEEL	
		Apurado	
		Limite de Tensão	
		(V)	
DIGRESSAL	14,35		
DIG TRIMESTRAL	24,71		
DIG ANUAL	49,42		
FIG TRIMESTRAL	9,04		
FIG ANUAL	18,09		
FIG TRIMESTRAL	37,18		
FIG ANUAL	74,36		
QIAC	1,43		
QICRI	1,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia Elétrica	52,52	100,00
Juros de Mora	1,29	2,06
Multa	1,64	2,62
Atualização Monetária	1,48	2,37
Devolução Subsídios	-24,65	-39,42
Total	62,52	100,00

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, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, pois estas, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento, não o decorrer do prazo de 21 dias, contado da data de vencimento da fatura. Caso não seja pago, a fatura será sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito, além de ser inscrita em dívida ativa.
• Sua unidade foi faturada como BARRA PENHA, tendo um desconto de R\$ 4,00.

Faturas em atraso

Fev/18 56,70
Jan/18 56,43



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 51652364, expedido por 135/P/PE, em

11/01/2012, CPF/CNPJ nº 039 242 061 0912, na

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

Junior Costa Danton do sinistro de DPVAT da natureza incapacidade

da vítima Carlton Junior Costa Danton, e conforme

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

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

Documentos comprobatórios: não possui

ASSINATURA: Wilson Roberto dos Santos

PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

11/01/2012

11/01/2012

11/01/2012

11/01/2012

11/01/2012

11/01/2012

11/01/2012

11/01/2012

11/01/2012

11/01/2012

11/01/2012



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: SSP/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 Daua Marido
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 Neta

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, 103 de Maio de 2014.

Assinatura do Declarante (RECONHECER)

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 DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NÓBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3123-2741

Prontuário: 90305

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Servidor do Dr.:

Paciente: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS

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

Idade: 13 Sexo M

Filiação

Pat: VALDEMI COSTA DA SILVA
Mãe: JOSILDA DANTAS NETO

Endereço

Cidade: IGARACY - PB - 58775-000 - 2502607
Endereço: SITIO CHEGUEM
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: IGARACY - PB
Fone:

Documentos

CNS: 898-0045-3111-6129
Identidade:
CPF:
Reg. Naso:

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 hipocrômica 098R.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: fratura do pé esquerdo

Motivo da Alta:

Resultado: () Sair Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em:

Recepção: ISRAEL



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

COPIA

Hospital		Encaminhado	Leito	Nº Prontuário	
Nome		Idade	Sexo	Cor	
Data		Pressão Arterial	Respiratório	Temperatura	Peso
Fio Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Ureia	Outros
VER PRONTUÁRIO					
A.p. Respiratório		A.p. Circulatório		A.p. Urinário	
A.p. Digestivo		Dentes		Pescoco	
Estado Mental		Atividade		Cordão	
Oligoanestesia Pré-Operatória		Estado Físico		Risco	
Anestesia e Monitoria		MIDAZOLAM 5 mg		Efeito	
INDUÇÃO					
Sedativo					
Lentidão					
Náuseas					
Vômitos					
MANUTENÇÃO					
Cefazolina 2g					
Dexamet. 8mg					
Etoril 10mg					
Tenoxam 20mg					
Opiroina 2g					
Ondasetron 8mg					
ANESTESIA GERAL					
Máscara					
Despertar					
Reflexos					
Obr					
CO2					
Elet					
Náuseas					
Vômitos					
Ondas					
Com câmbio					
para o lado					
CONDIÇÕES					
Câmbio					
NEOCAINA 0,5%					
RAQUIANESTESIA: Puncção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações					
Observações					
Anestesiologista					
DR. TAVIO LEAL					
Anestesiologista					
GRMPB 5774					

COPIA



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



adailton - 0320145/17 RELATÓRIO DE CIRURGIA 0320145/17

Nome: CARLOS JUNIOR LOYD JANDUHY	Nº prontuário: 0320145/17
Data da Cirurgia: 17/01/2017	Leito: 0307
Cirurgião: DR. WATSON	1º Auxiliar: DR. F. S. P.
Anestesiista: DR. TAVIO	Tipo de Anestesia: RAQUI
Diagnóstico Pré-Operatório: 0320145/17	
Tipo de Cirurgia: fratura do crânio	
Diagnóstico Pós-Operatório: 0320145/17	
Relatório Imediato do Patologista: 17/01/2017	
Exame Radiológico no Ato: 17/01/2017	
Acidente Durante a Cirurgia: 17/01/2017	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Operação em via de acesso anterior.
Foi realizada a abertura da pele e do crânio.
Foi realizada a remoção do conteúdo do crânio.
Foi realizada a remoção do conteúdo do crânio.
Foi realizada a remoção do conteúdo do crânio.
Foi realizada a remoção do conteúdo do crânio.
Foi realizada a remoção do conteúdo do crânio.
Foi realizada a remoção do conteúdo do crânio.
Foi realizada a remoção do conteúdo do crânio.



COPIA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE	Coutinho Junior Costa Dantas				
OT	1970	CONVÊNIO	SUS	MOBIL	REGISTRO
CIRURGIÃO	Drs. Wladimir				
ANESTESIA	Drs. Carlos				
INSTRUMENTADORA	DATA	TIME	17/02/2017 01:00		



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
	Quelctm		Sonda Uretral
	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.		Esparadrappo
	Etodimilato		Xilocaína Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Publicovalina 0,5%		PVP I Tintura
	Dimorf		Gases
	Lidocain 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcain		Algodão Ortopédico
	Forano		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
	Pleall		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		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:27:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610271415300000033956671

Número do documento: 20101610271415300000033956671



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

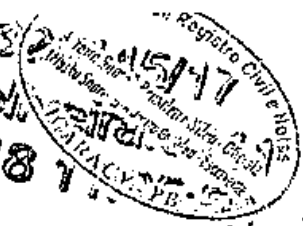
CÓPIA

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
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CÓPIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME JOSILDA DANTAS NETA

FILIAÇÃO José Dantas de Souza
Maria do Socorro Neta

IGARACY - PB

DATA DE NASCIMENTO 03.11.1978

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

Cart. Civ. de Igaracy - PB

CPF 0111

ASSINATURA DO DETENTOR

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

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.

ASSINATURA JOSILDA DANTAS NETA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emido 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

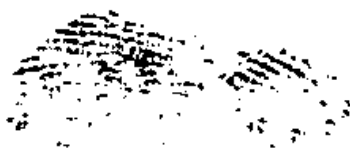
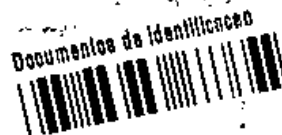


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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 e assinado
ASSINATURA DO TITULAR

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

222.704.284-04

PROTOCOLADO
AG. 10/03/2010
MAR. 2010
DIRETORIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

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.

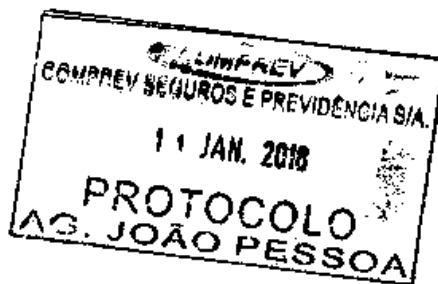
Informo ainda que a meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

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 NETA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Profissão: Pescadora

Identidade: 2.452.403

CPF: 042.240.224-94

Endereço: Sítio CHENGVENQUE S/N, APEA RURAL, FARRAÇA/PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson RODRIGUES DOS SANTOS

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Auxiliar

Identidade: 5.652.161

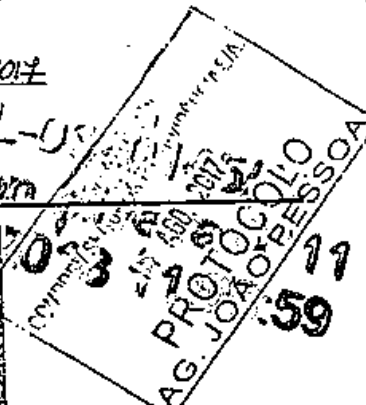
CPF: 039.244.064-08

Endereço: R. Manoel Pereira Caviana, 58, Centro, FARRAÇA/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: FARRAÇA/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		☐ 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)				
☐ BRASESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				
AGÊNCIA NRO. <i>3571</i> (Informar dígito se existir)	D/V <i></i>	CONTA NRO. <i>28011</i> (Informar dígito se existir)	D/V <i>4</i>	
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)		BANCO Nome: <i></i> NRE: <i></i> AGÊNCIA NRO.: <i></i> D/V: <i></i> (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 leitura Cód. CNPJ/RAN
Mar/2018 06/03/2018 05/04/2018 4224022494
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1162023-4

- 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 (%)	Pas/Consumo (R\$)	Consumo (kWh)
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,244940	7,34	7,34	27	1,86	7,34	0,23
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	231
FIC ANUAL	32,18		
DMIC	6,79		
DICRI	16,60		

Composição do Consumo	
Discriminação	Valor (R\$)
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	12,07
Consumo de Energia Elétrica	14,00
Imposto de Renda	1,00
Imposto de Renda	3,34
Imposto de Renda	31,00
Imposto de Renda	0,00
Total	62,52

Valor de US\$ 12,07 - 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, desconsidere 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA **DI. P-100**

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



APB

Suelio Moreira Torres
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROTÓCOLO
08 MAR. 2018
COMPENSAÇÃO
AG. JOAO BESSAO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

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

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

COMPLEV 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 MUNICÍPIO.

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

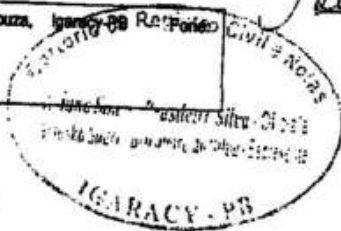
ENDEREÇO

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) 999471520

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)

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

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3571

(Informar dígito se existir)

26507

(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.

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

