

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11604012

A/C: JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477665 ASL-0326233/17
Vitima: JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: VANUZA MARIA DO NASCIMENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3170477665**
Vitima: **JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **21/02/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANUZA MARIA DO NASCIMENTO**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170477665**.

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12466071



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PI _____



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, João Batista Dias dos Santos
PORTADOR(A) DO RG Nº 36.82.005 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 22/07/08
CPF 019.814.613-9184-510 / CNPJ _____, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 15M (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Batista Dias dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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 SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 91737-2

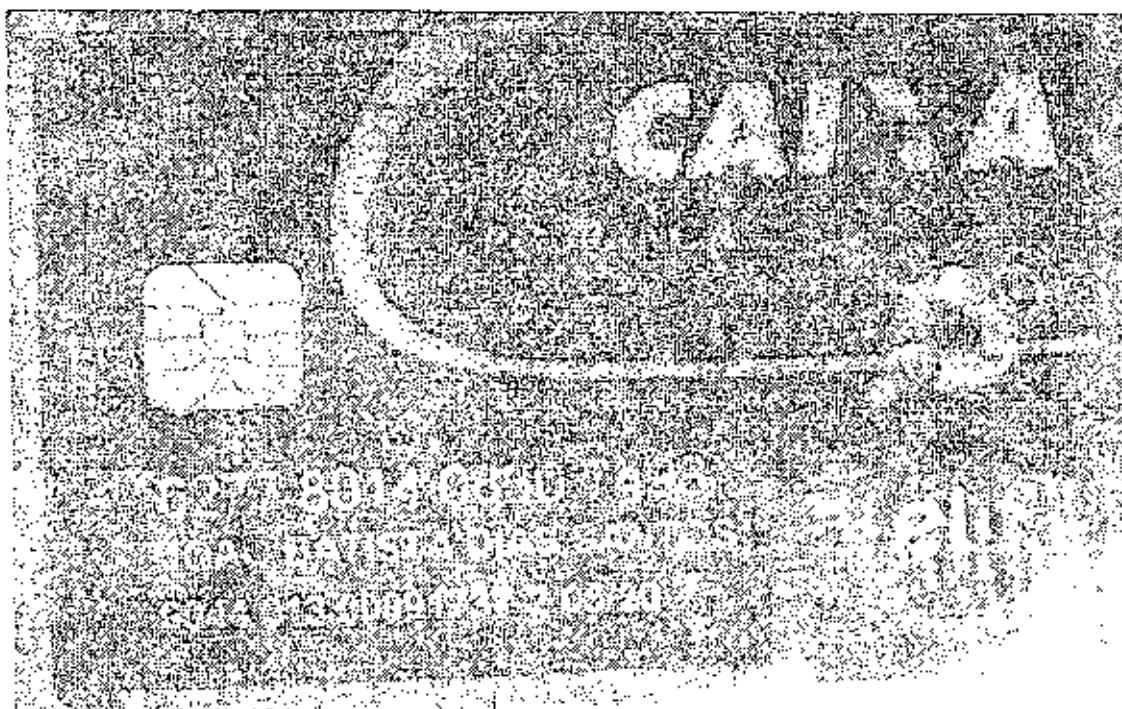
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

L. Bessa 04 de Agosto de 2017 Manuza Maria do Nascimento
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 12.945/2008) 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.dpvatsegurodatransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

02/02/80



SINCOR/PB

2² AGO, 2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº **006/2016**

Ocorrência nº. **1652/2016**

Aos TREZE dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 15h:19min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOÃO BATISTA DIAS DOS SANTOS, conhecido por _____, Identidade nº 3.682.005-SSP/PB, CPF nº 098.463.984-50, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Maria Guilherme Dos Santos E Pai Não Declarado, natural de Curral De Cima/PB, nascido(a) em 02/02/1980 (36 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Oiteiro, nº s/n, bairro: zona rural - Curral de Cima/PB, tendo como ponto de referência: próximo ao Colégio, na cidade de Curral De Cima/PB, fone(s) para contato: (83)99171-4501.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 21 de 02 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 19h: _____ min;
- 4) LOCAL: Próximo a Doce Mel nº _____, bairro: BR 101 - Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO



6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: GM CELTA 4P LIFE, cor: PRETA, placa: MNZ 5483/PB, ano: 2008, chassi: 9BGRZ48908G264774 em nome de VANUZA MARIA DO NASCIMENTO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE estava no local em referência conduzindo o referido veículo quando devidos as condições da pista estarem bastante molhada em decorrência de fortes chuvas, e por este fato o veículo que estava conduzindo capotou na pista, QUE o comunicante estava na presença da pessoa conhecida por DAIANE LÁZARO DOS SANTOS, QUE assim sofreram acidente de trânsito, QUE foi socorrido por populares e levado ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida encaminhada ao Hospital de Emergência e Traumas de João Pessoa/PB vítima de acidente de trânsito; QUE o comunicante foi atendido no hospital em referência e segundo laudo apresentando queixa de dor no ombro esquerdo, incapacidade funcional, deformidade ao nível da articulação, o paciente foi submetido a tratamento cirurgico para correção da luxação acrômio-clavicular, QUE recebeu alta hospitalar no dia 02/03/2016

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

JOÃO BATISTA DIAS DOS SANTOS
Comunicante

Escrivão/Agente
Matrícula nº 156.567-2

SINCOR/PR
22 ABO 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, João Batista Dias dos Santos, portador da carteira de identidade nº 3682005 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098463984-50 residente e domiciliado na Sítio Quinteiro s/n Zona Rural, Cidade Curral de Lima, Estado Paraíba, 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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

SINCOR/PR
12 AGO. 2017

João Batista Dias dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 01 de Agosto de 2017

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Batista Dias dos SantosRG nº 3682005, data de expedição 22/07/08 Órgão SSP/PB

CPF nº 098463984-50 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Oiteiro</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Curral de Lima - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58291-000</u>
Telefone de Contato	<u>99171 4501</u>
E-mail	

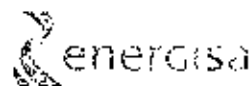
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 01 de agosto de 2017Assinatura do Declarante: Manuza Maria do Nascimento

SINCOR/PB

2 AGO. 2017

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento para pagamento

Documento para pagamento

Documento para pagamento

ENERGISA PARANÁ - D.S. RIBUZZO DE ENERGIAS

Av. 20, Km 75 - Centro Ribeirão - João Pessoa/PB - CEP 58291-000

CEP 58291-000

EDVALDO GUILHERME DOS SANTOS

S. O. TEIRO S/N

CURRAL DE CIMA

5/1146893-1

5/1146893-1

FEV/2017

20/02/2017

0

01/03/2017

R\$ 12,47

FEV/2017

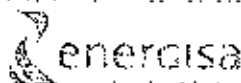
20/02/2017

0

01/03/2017

R\$ 12,47

Ata de reunião



EDVALDO GUILHERME DOS SANTOS

Roteiro: 14-260-937-1190

00690000000-8 12470054300-6 11468932017-3 02902600019-9

01/03/2017

R\$ 12,47

1146893-2017-029



CEP: 58291-000

SINCOR/PB

22 AGO. 2017



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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Vanuzza Maria do Nascimento, portador(a) do RG nº 298 5370, expedido por SSP, em 28 / 02 / 02, CPF/CNPJ nº 066 130 344 - 60,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geo Batista Dias dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza imprudência da vítima Geo Batista Dias dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: agricultora Renda Mensal: R\$ 1.500,00

Documentos comprobatórios: _____

Vanuzza Maria do Nascimento **SINCOR/PB**
ASSINATURA (PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO)

22 AGO 2017



LAUDO MÉDICO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 900

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3:682.005

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/07/2008

NOME JOÃO BATISTA DIAS DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARIA GUILHERME DOS SANTOS

NATURALIDADE CURRAL DE CIMA-PB

DATA DE NASCIMENTO 02/02/1980

DOC ORIGEM NASC.N.5359 FLS.014 LIV.A7

OFF CARTORIO CURRAL DE CIMA/PB

JOÃO BATISTA DOS SANTOS

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.315 DE 28/08/83

Documentos de Identificação

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
098.463.984-50

Nome
JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS

Nascimento
02/02/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
F5F0.C640.4950.3918

A autenticidade desta comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 06:37:45 do dia 27/02/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

SINCOR/PR

12 AGO 2017

22 Ago 2017

SINCOR/PP

Form with multiple sections and fields, including a header area with a logo and several rows of text and checkboxes. The text is mostly illegible due to heavy noise and low contrast.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA - COMARCA DE MAMANGUAPE
CARTÓRIO BUSTORFF

2º OFÍCIO DE NOTAS E DE PROTESTO

CNPJ: 09.288.630/0001-88

Rua Pres. João Pessoa, 47 - Centro - Fone (83) 3292-2297 - E-mail: 2cartoriomme@gmail.com

Soraya Xavier Bustorff

Titular

22 AGO 2017

Livro: 288

Folha(s): 56 à 56v

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos TREZE (13) dias do mês de SETEMBRO do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Mamanguape, Estado Paraíba, Rua Pres. J. Pessoa, 47, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o Sr. **JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS**, brasileiro, agricultor, solteiro, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.682.005, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 098.463.984-50, residente e domiciliado na(o) Sítio Oiteiro, s/n, Bairro area rural do município de Curral de Cima, no Estado da Paraíba, impossibilitado(a) de assinar, por ser analfabeto, assinando a rogo a Sra. **ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI**, brasileira, serviços gerais, casada, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.519.603, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 086.932.154-42, residente e domiciliada na(o) Via Local 3, 31-A, Bairro Centro, na cidade de Mamanguape, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) a Sra. **VANUZA MARIA DO NASCIMENTO**, brasileira, agricultora, solteira, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.985.370, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 066.130.344-60, residente e domiciliada na(o) Sítio Oiteiro, s/n, Bairro area rural do município de Curral de Cima, no Estado da Paraíba, a quem concede poderes especiais para representá-lo junto a quaisquer seguradoras conveniadas com o DPVAT, e/ou LIDER SEGURADORA, onde poderá receber, requerer e assinar todos os documentos que se fizerem necessário para o recebimento do Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres) / DAMS (Despesas de Assistência Médica e Suplementares), que faz jus o outorgante, decorrente de acidente de trânsito, podendo para tanto, dito procurador, representá-lo onde for necessário, requerer, juntar, assinar e retirar quaisquer instrumentos, prestar declarações, apresentar provas, pagar taxas, receber e dar quitação, assinar quaisquer instrumentos, requerer cópias de laudos médicos, boletim de ocorrência; receber autorização de pagamento e fornecimento de dados para crédito de indenização de acidente DPVAT/DAMS, na forma de pagamento contra recibo (Ordem de Pagamento) e/ou por qualquer outro meio legal, em qualquer agência bancária credenciada pelo DPVAT; podendo ainda requerer e constituir advogado(s), usar dos poderes com as cláusulas "ad judicia e et extra", representando-o judicialmente onde se fizer necessário perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública ou privada. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s), inclusive substabelecer. Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(is) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina, sendo dispensada as testemunhas instrumentárias conforme o Art. 1º do Provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu, **ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI**, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho () da verdade. As.: **ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI**. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 13 de Setembro de 2016, às fls. 56 a 56v. Emolumentos: R\$ 42,45; Taxa FARPEN: R\$ 4,61; Taxa FEPJ: R\$ 8,49; Taxa MP: R\$ 0,68; Valor Total: R\$ 56,23, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: ADX18413-U1SI - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Mamanguape/PB, 13 de Setembro de 2016

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado

CARTÓRIO BUSTORFF
2º OFÍCIO DE NOTAS

Bel. Soraya X. Bustorff - Tabeliã AD-HOC
Bel. Alberto Bustorff F. Quintão - Substituto
Erivaldo Araújo Cavalcanti - Escrevente Autorizado
Bel. Noel X. Bustorff - Escrevente AD-HOC
Rua: Pres. João Pessoa, 47 - Centro - CEP: 58.260-000 - Mamanguape - PB
TELEFAX (83) 3292-2297 E-mail: 2cartoriomme@gmail.com