

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11929876

A/C: MARLUCE MARIA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170586642 ASL-0423585/17
Vítima: MARLUCE MARIA DE LIMA
Data Acidente: 23/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2017

Carta nº: 11937333

A/C: MARLUCE MARIA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170586642 ASL-0423585/17
Vitima: MARLUCE MARIA DE LIMA
Data Acidente: 23/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/11/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

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 LÍDER 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, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARLUCE MARIA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3170586642**
Vitima: **MARLUCE MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **23/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170586642**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **23/03/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARLUCE MARIA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180214728**

Vitima: **MARLUCE MARIA DE LIMA**

Data do Acidente: **23/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180214728**.

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 12805776



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARLUCE MARIA DE LIMA**

Sinistro: **3180214728**
Vítima: **MARLUCE MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **23/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**

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 3180214728** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Carta nº: 12950972

A/C: MARLUCE MARIA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180214728
Vítima: MARLUCE MARIA DE LIMA
Data do Acidente: 23/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

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: MARLUCE MARIA DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003518

Conta: 000009687-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



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

Sinistro: **3180214728**
Nome do(a) Examinado(a): **MARLUCE MARIA DE LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 00 - CEHAP - RIACHO DOS CAVALOS/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 378648470 - SSP**
Data e local do acidente: **23/03/2017 CATOLE DO ROCHA/PB**
Data e local do exame: **25/05/2018 POMBAL/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA EM QUADRIL DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/03/2017 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA EM QUADRIL DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO POR UM PERÍODO DE 72 HORAS ONDE PERMANECU EM ANALGESIA PARA CONTROLE DAS DORES E REALIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM DEVIDO A QUADRO DE DOR INTENSA EM QUADRIL DIREITO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR COM USO DE ANALGÉSICOS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA QUADRO DE DOR INTENSA EM QUADRIL DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, ATROFIA MUSCULAR EM GLÚTEO DIREITO DE FORMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

QUADRO DE DOR INTENSA EM QUADRIL DIREITO
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°
DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II
ATROFIA MUSCULAR EM GLÚTEO DIREITO
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **QUADRIL DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

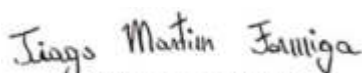
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:8085/PB


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



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 0500 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

738.986.944-53

Nome completo da vítima

MARLICE MARIA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARLICE MARIA DE LIMA		CPF titular da conta 738.986.944-53	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA PROJETO 4, SN, CEHAP		Número 3N	Complemento CEHAP
Bairro CENTRO	Cidade BOIM SUCESSO	Estado PARAÍSA	CEP 58.887-000
E-mail		Telefone (DDD) (83) 9.9823.5427	

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)

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
TIPO 3578
(Informar dígito se existir)

CONTA
NR 9687
(Informar dígito se existir)

DV 0

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

BANCO
Nome

AGÊNCIA
NR

CONTA
NR

DV

(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.

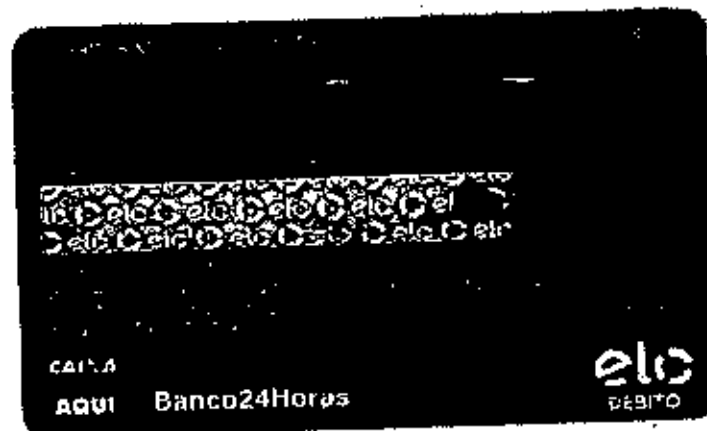
Boim Sucesso PB, 30 de Outubro de 2017

Local e Data

- 1 NOV 2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



- 1 NOV 2017

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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
738.986.944-53

Nome completo da vítima
MARLYCE MARIA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARLYCE MARIA DE LIMA		CPF titular da conta 738.986.944-53	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA PROJETO DA, SN, CEHAP		Número SN	Complemento CEHAP
Bairro CENTRO	Cidade BOA SUCESSO	Estado MARIA	CEP 58.887.000
Email		Telefone (DDD) (83) 9.9823.5427	

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)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRJ: **3518** D/V: **0**
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRJ: **9687** D/V: **0**
 (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome: _____ NRJ: _____
AGÊNCIA NRJ: _____ D/V: _____
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRJ: _____ D/V: _____
 (Informar dígito se existir)

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

Boa Sucesso/PB, 30 de outubro de 2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de casamento



CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:
JOSÉ MUNIZ DE LIMA
MARLUCE MARIA DE LIMA

MATRÍCULA:
0717530155 1977 2 00002 294 0000622 93

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONTRAENTES

JOSÉ MUNIZ DE LIMA, nascido em vinte e três de fevereiro de um mil novecentos e cinquenta e oito (23/02/1958), natural de Catolândia do Rocha-PB, brasileiro. Filho de **MISAEEL MUNIZ DE LIMA** e **ANTONIA FERREIRA DE LIMA**.

MARLUCE MARIA FILHA, nascida em vinte e dois de janeiro de um mil novecentos e cinquenta e cinco (22/01/1955), natural de Bom Sucesso-PB, brasileira. Filha de **JOSÉ CAETANO DOS SANTOS** e **MARIA FILHA DE SOUSA**.

DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO)

vinete e seis de outubro de um mil novecentos e setenta e sete

DIA

26

MÊS

10

ANO

1977

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

ELE: O mesmo nome de solteiro

ELA: MARLUCE MARIA DE LIMA

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Registro lavrado em 26/10/1977, no Livro B-00002, Nº 622, folha 294-V.

NOME DO OFÍCIO
Cartório do Registro Civil

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Catolândia do Rocha-PB, 25 de março de 2015

OFICIAL REGISTRADOR
Aldenora Fernandes Gedeia Martins

Aldenora Fernandes Gedeia Martins
Aldenora Fernandes Gedeia Martins
Oficial do Registro Civil
Cartório do Rocha-PB

MUNICÍPIO
Catolândia do Rocha-PB

ENDEREÇO
Av. Valêncio Nairra S/N, Centro Catolândia do Rocha-PB - CEP
58880-000 Fone: (83) 3441 - 1218 E-mail:
cartorioregistrochpb@gmail.com

Selo Digital: ABE78021-8V7I
Consulte a autenticidade em: <http://selaodigital.tpb-pb.br>

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO ANULA ESTE DOCUMENTO

Nº 861721 A

100771



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:

**JOSÉ MUNIZ DE LIMA
MARLUCE MARIA DE LIMA**

MATRÍCULA:

0717530155 1977 2 00002 294 0000622 93

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONTRAENTES

JOSÉ MUNIZ DE LIMA, nascido em vinte e três de fevereiro de um mil novecentos e cinquenta e oito (23/02/1958), natural de Catolê do Rocha-PB, brasileiro. Filho de **MISAEEL MUNIZ DE LIMA** e **ANTONIA FERREIRA DE LIMA**.

MARLUCE MARIA FILHA, nascida em vinte e dois de janeiro de um mil novecentos e cinquenta e cinco (22/01/1955), natural de Bom Sucesso-PB, brasileira. Filha de **JOSÉ CAETANO DOS SANTOS** e **MARIA FILHA DE SOUSA**.

DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO)

vinte e seis de outubro de um mil novecentos e setenta e sete

DIA
26

MÊS
10

ANO
1977

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

ELE: O mesmo nome de solteiro

ELA: MARLUCE MARIA DE LIMA

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Registro lavrado em 26/10/1977, no Livro B-00002, Nº 622, folha 294-V.

NOME DO OFÍCIO

Cartório do Registro Civil

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Catolê do Rocha-PB, 25 de março de 2015

OFICIAL REGISTRADOR

Aidenora Fernandes Gadelha Martins

Aidenora Fernandes Gadelha Martins

Aidenora Fernandes Gadelha Martins

MUNICÍPIO/UF

Catolê do Rocha-PB

Oficial do Registro Civil

ENDEREÇO

Av. Venâncio Neiva S/N, Centro Catolê do Rocha-PB - CEP
58884000 Fone: (83) 3441 - 1218 E-mail:
cartorioregistrocivil@gmail.com

Selo Digital: **ABE78021-8VII**

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



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



10 MAIO 2018

Nº 861724 A



Eu, Marlyce Maria de Lima, portador da carteira de identidade nº 37.864.847-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 738.986.944-53, residente e domiciliado na Rua Mojizada, SN, CEHAP, Centro, Cidade Bom Sucesso, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Bom Sucesso/PB, 30/10/2017

Local e data



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA - ESTADO DA PARAÍBA
SERVIÇO NOTARIAL, REGISTRAL E PROTESTO DE TÍTULOS

TEREZINHA SALDANHA SUASSUNA
ROSEMERE SUASSUNA SALDANHA
JANDIRSON ALVES DE LIMA
EVANDRO ABDIAS FREIRES
ALEXANDRE FERREIRA PEREIRA
FRANCISCO FERREIRA DA CRUZ NETO

- Tabelião
- Tabelião Substituto
- Escrevente Autorizado
- Escrevente Autorizado
- Escrevente Autorizado
- Escrevente Autorizado

TRASLADO PRIMEIRO

LIVRO nº 201

FLS nº 14 / Ato 5047

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA, COMO
ABAIXO SE DECLARA:

S A I B A M - quantos esta Escritura Pública Declaratória, virem que, aos **13** (treze) de **dezembro** de **2017** (dois mil e dezessete), nesta cidade de Catolé do Rocha - PB, neste Cartório do 1º Ofício de Notas, Registro de Imóveis e Protesto de Títulos da Comarca de Catolé do Rocha - PB. Perante mim Escrevente Autorizado, compareceu como outorgante: a Sra. **MARLUCE MARIA DE LIMA**, brasileira, viúva, aposentada, analfabeta, RG nº 37.864.847-1 - SSP-SP e CPF nº 738.986.944-53, Residente na rua projetada s/n - Conj. Cehap - Bom Sucesso - PB. Reconhecido como o próprio de que trato e dou fé. E por este, me foi feita a seguinte **DECLARAÇÃO**: "Que está impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML por não existir IML no município de sua residência. Declarou ainda que na qualidade de beneficiária do valor referente a indenização/reembolso do seguro DPVAT do efetuar o crédito na conta corrente e/ou conta poupança nº 9687-0, operação 013, agência 3518 - Caixa Econômica Federal - ag. Catolé do Rocha - PB, que é de sua titularidade, reconheça o recebimento e dá como quitado o valor da referida indenização. A outorgante ficou ciente do que declarou, respondendo criminalmente por infração ao art. 299 do Código Penal Brasileiro, caso não estejam declarando a verdade. Que o declarante exime este cartório de qualquer responsabilidade civil ou criminal pela presente escritura declaratória, excluindo-o de quaisquer responsabilidades e obrigações futuras. E como assim o disse e do que dou fé, lavrei este público instrumento que sendo-lhe lido, aceitou e assinaram perante mim Escrevente Autorizado, que a escrevi e assino em público e raso; Em testº () da verdade: Dou fé. Assina a rgo do outorgante **SANEIDE DE FÁTIMA MONTEIRO LIRA**, RG nº 3.236.719 - SSP-PB e CPF nº 074.420.554-34. Residente nesta cidade. Catolé do Rocha - PB, 13 de dezembro de 2017. Os documentos referentes a esta escritura, ficam arquivados na Pasta de Escrituras Passadas nº 161, subpasta nº 24. Emolumentos pagos ao Cartório R\$ 48,16; ao Farpen R\$ 30,18, ao Mp R\$ 0,74 - Guia de pagamento nº 01338497. O Escrevente Autorizado, Jandirson Alves de Lima. Eu, Rosemere Suassuna Saldanha, Tabelião Substituto o subscrevo e assino; Dou fé. (as) a rgo de **MARLUCE MARIA DE LIMA - SANEIDE DE FÁTIMA MONTEIRO LIRA. TRASLADADA INCONTINENTI** de seu próprio original; Dou fé.

27
Catolé do Rocha - PB, 13 de dezembro de 2017.
Em testº () da verdade.

Janderson de Lima

Escrivente Autorizado

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Janderson Alves de Lima
Escrivente Autorizado
Catolé do Rocha - PB

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CNS nº 070450
Comarca de Catolé do Rocha - PB

SELO DIGITAL : **AFU11685-5CZU**

Lei Estadual nº 10.132/2013

A autenticidade deste documento, poderá ser confirmada no sítio: <http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/>

Rua Chateaubriand Barreto, 23 - centro - Catolé do Rocha - PB. Tel.: 083 441-1322. CGC/MF nº 09.223.298/0001-73

14 DEZ 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Monlyce Maria de Lima, portador da carteira de identidade nº 37.864.847-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 738.986.944-53, residente e domiciliado na Rua Projetada, SN, CEHAP, Centro, Cidade Bom Sucesso, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Bom Sucesso/PB, 30/10/2017

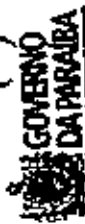
Local e data

DOCUMENTO ORIGINAL

10 MAIO 2018



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL
CATEDRAL DO ROCHA - PB



viva o trabalho

Entidade Prestadora de Atendimento

Código da Unidade: 2592480 CNPJ:
Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHÃO UF: PB
Município: CATELÉ DO ROCHA Estado: PARAIBA

Nome: Carluce Nogueira de Lencastre Data de Nascimento: 27/08/1985
Profissão: Enfermeira Data: 02/03/2014
Endereço: Rua Proprieta Bairro: Centro
Município: Camacim Estado: PB
Código RG: 2592300 Data do Atendimento: 23/03/2014

Raça / Cor: Branca () 1 - Branco () 2 - Preto () 3 - Pardo () 4 - Amarelo () 5 - Indígena () 6 - Sem Informação

Assinatura e nome do(a) médico(a):
Porte Vitore de Andrade
Um quadro de dor a quadrante
na epigastria anterior
exame físico e neurológico normal

Exames realizados na unidade (tipos):
Exame físico e neurológico

Resultados:
Exame físico e neurológico normal

Atividade de Consultas:
() Consultas simples
() Consultas com medicamento
() Consultas com observação
() Consultas Ortopédicas
() Exames de diagnóstico

Medicamentos e outros recursos

1. Aspirina 500mg
2. Capto 100mg
3. Paracetamol 500mg
4. Digoxina 0,25mg
5. Metformina 850mg
6. Insulina 30U

Diagnóstico

Prescrição: Aspirina 500mg CID: 10
Medicamento: Aspirina Observação: Obito
() Prescrita () Aplicação () Informação () Residência () Out () Out

Serviços realizados: Código / Procedimento

1.	0301	4	2	9
2.				
3.				

Assinatura do(a) Profissional (seu Assinante (s)) - Carimbo

Dr. Manoel Vitor de F. Ferreira

CNS: 151.151.151 CRA: 151.151.151

Assinatura do Paciente / Acompanhante de Responsável

Carluce Nogueira de Lencastre

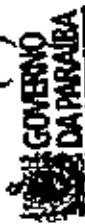
Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - C

Comprovação de ato declar



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL
CATEDRAL DO ROCHA - PB



viva o trabalho

Entidade Prestadora de Atendimento

Código da Unidade: 2592480 CNPJ:
Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHÃO UF: PB
Município: CATELÉ DO ROCHA Estado: PARAIBA

Nome: Carluce Nogueira de Lencastre Data de Nascimento: 27/08/1985
Profissão: Enfermeira Data: 02/03/2014
Endereço: Rua Proprieta Bairro: Centro
Município: Camacim Estado: PB
Código RG: 2592300 Data do Atendimento: 23/03/2014

Raça / Cor: Branca () 1 - Branco () 2 - Preto () 3 - Pardo () 4 - Amarelo () 5 - Indígena () 6 - Sem Informação

Assinatura e nome do(a) médico(a)
Porte Vitale de Andrade
Um quadro de dor a qual
nao apresenta outros sintomas
exame físico e neurológico normal

Exames realizados na unidade (tipos)
Exame físico e neurológico normal

Resultados
Exame físico e neurológico normal

Atividade de Consultas
() 01 - Eletivo
() 02 - Urgência
() 03 - Atendimento no local de trabalho ou a serviço da empresa
() 04 - Atendimento no trajeto para o trabalho
() 05 - Outros tipos de atendimento

Medicamentos e outros recursos

1. Aspirina 500mg
2. Carbamazepina 200mg
3. Paracetamol 500mg
4. Dipirona 500mg
5. Clonazepam 0,5mg
6. Clonazepam 0,5mg
7. Clonazepam 0,5mg
8. Clonazepam 0,5mg

Diagnóstico

Transtorno de ansiedade CID - 10
Medicamento () Prescrita () Aplicação () Observação () Informação () Óbito () Residência () Outro () Outro

Serviços realizados: Código / Procedimento

1.	0301	4	2	9
2.				
3.				

Assinatura do(a) Profissional (seu Assinante (s)) - Carimbo

Dr. Manoel Vitorino de Fátima

CNS - 15.000.000-0 CRA - 15.000.000-0

Assinatura do Paciente / Acompanhante se Responsável

De pagar dim

Carluce Nogueira de Lencastre

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - C

Comprovação de ato declar

 GOVERNO DA PARAIBA <i>o trabalho.</i>	ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DR. CATOLÉ DO ROCHA DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
--	--	---

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, MARLUCE MARIA DE LIMA, RG: 37.864.847-0 SSP/SP, residente e domiciliada na Rua: Projetada – Bom Sucesso - PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Manoel Veras Freitas Terceiro – CRM/8768, no dia 23 de Março de 2017. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de Motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida permaneceu em observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
 Diretora Geral - HRCR
 Mat. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé d Rocha – PB, 17 de Julho de 2017.

10 MAIO 2018

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: 06/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLUCE MARIA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000009687-0

Nr. da Autenticação F7DDF99317873182



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARLUCE MARIA DE LIMARG nº 37.864.847-0, data de expedição 17/05/02 Órgão SSP/SP

CPF nº 728.986.944-53 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>R. PROJETADA</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	<u>CEHAP</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>BOM SUCESSO</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.887.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9823.5427</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

BOM SUCESSO, 30/10/17Assinatura do Declarante: 



ENERGIA NUCLEAR: CERTIFICACION DE EMERGENCIA EN
B-230, La 35-Crédito Rotatorio - José Pantoja / PB - C29-38071-490
CNP 37.3.086.182/0001-47 H-4.64.18.576.833-0

1994 Fiscal Year: \$1,000,000.00
 2000 Fiscal Year: \$1,000,000.00

09/1/2017	09/10/2017	09/11/2017	09/12/2017
-----------	------------	------------	------------

MEMORANDUM FOR THE RECORD, APO
The following information was received from the
American Red Cross, American Branch, New York
City, New York, dated 10/10/44, and is being
forwarded for your information.
The American Red Cross, American Branch, New York
City, New York, is a non-profit organization
which is engaged in the collection and distribution
of funds and supplies for the relief of the
suffering people of the world.
Case Para file, a separate file is being
maintained.

[illegible]

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

0001 AG 15 November 1964

APORTE DE NORMAS						
COD	JUROS DE MORA (JUR)	1.81	0.00	0.00	0.00	0.00
COD	JUROS DE MORA (JUR)	1.81	0.00	0.00	0.00	0.00
COD	MULTA (MUL)	2.76	0.00	0.00	0.00	0.00
COD	MULTA (MUL)	2.76	0.00	0.00	0.00	0.00
COD	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (AM)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

COL Dodge in Coast Range NP	TOTAL	172.00	100.00	100.00	100.00
-----------------------------	-------	--------	--------	--------	--------

18/10/2017

[illegible]

RESERVADO AO FISCO
d876.252b.dd25.01f0.1e54.f8e9.3e47.4cae5

Composição do Consumo			
ALIMENTAÇÃO	5,32	0,00	5,32
ALUGUEIRO	12,50	0,00	12,50
ENERGIA	3,75	0,00	3,75
TRANSPORTE	2,50	0,00	2,50
SAÚDE	13,75	0,00	13,75
EDUCAÇÃO	9,37	0,00	9,37
LOCOM	12,50	0,00	12,50
TOTAL	65,00	0,00	65,00

1 NOV 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Primerio Antonio BatistaRG nº 1026.582, data de expedição 14/04/99, órgão SSP/PBCPF nº 465.459.644-53, 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>Rua Manoel Vicente</u>
Número	<u>5N</u>
Apto / Complemento	<u>Terreno</u>
Bairro	<u>São Francisco</u>
Cidade	<u>Santa Cruz</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.824.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8107.1681</u>
E-mail	<u>primerioantonio@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Cruz - PB, 30/10/17Assinatura do Declarante: Primerio Antonio Batista

- 1 NOV 2017



Enviado: 12/10/2017 Referência: Out/2017
Cidade: São Paulo, SP, Brasil / RESOLUÇÃO
Processo: 10-182-780-2006 Nº de protocolo

ENERGISA PARANÁ - DESENVOLVIMENTO DE ENERGIA S/A
Km 25 - Cangaço - Curitiba - PR - CEP 81001-900
CNPJ 08.046.979/0001-48 - Fone/Fax 18015-300-0

3425 av. St-Camille de Lévis Québec H4T 1V6
 Tel. 514 393-2444 Fax 514 393-2445

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

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF CNPJ/RAI
Out / 2017	19/10/2017	20/11/2017	9421618408

CONVOYING DATA TO THE TOWNSHIP
CABINET OF THE METRO
ADDITIONAL TO THE TOWNSHIP
IN THE TOWNSHIP, THE TOWNSHIP
AND THE TOWNSHIP, THE TOWNSHIP
AND THE TOWNSHIP, THE TOWNSHIP
AND THE TOWNSHIP, THE TOWNSHIP

DATE	TIME	ADJ	CONC	CONC	CONC
2012/01/24	14:00	1	1	1	1

Conta	Descrição	Data	Debitado	Creditado	Saldo
000	Administrativo				
001	Despesa				
001.1	Despesa em Moeda		400.000,00	100.000,00	300.000,00
001.1.1	Adm. e Manutenção		8.000,00	2.000,00	6.000,00
001.1.2	Adm. e Manutenção		14.000,00	3.000,00	11.000,00

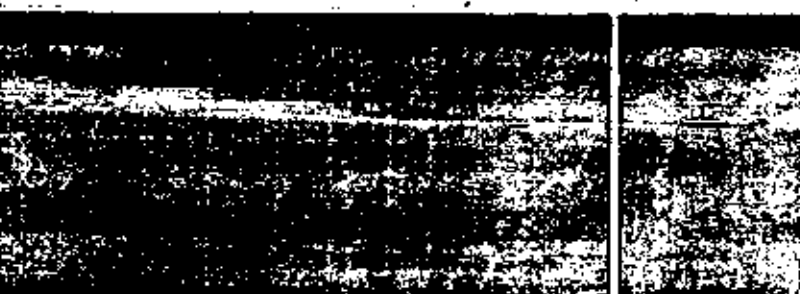
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44		45		46		47		48		49		50		51		52		53		54		55		56		57		58		59		60		61		62		63		64		65		66		67		68		69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		80		81		82		83		84		85		86		87		88		89		90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		100	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44		45		46		47		48		49		50		51		52		53		54		55		56		57		58		59		60		61		62		63		64		65		66		67		68		69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		80		81		82		83		84		85		86		87		88		89		90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		100	

Stockholders' Equity	100	100	100	100
Total	200	200	200	200

25/10/2017 15:37:10

Historical Consuming (BWT)												
457	445	436	430	426	418	448	411	497	419	413	430	
Jan18	Aug18	Apr18	Jan17	Jul17	Mar17	Mar17	Feb17	Jan17	Dec16	Nov16	Oct16	

RESERVADO AO FISCO
c1cf,79e8.a3dc.3848.0edf.61ed.61b8.c985.

[illegible]

28 10 20 11 15 37 10

8367000003-4 71100254000-7 00744712017-6 10500183010-4



1 NOV 23 17



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA - ESTADO DA PARAÍBA
SERVIÇO NOTARIAL, REGISTRAL E PROTESTO DE TÍTULOS

TEREZINHA SALDANHA SUASSUNA
ROSEMERE SUASSUNA SALDANHA
JANDIRSON ALVES DE LIMA
EVANDRO ABDIAS FREIRES
ALEXANDRE FERREIRA PEREIRA
FRANCISCO FERREIRA DA CRUZ NETO

- Tabelião
- Tabelião Substituto
- Escrevente Autorizado
- Escrevente Autorizado
- Escrevente Autorizado
- Escrevente Autorizado

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Catolé do Rocha - PB
Tabela Suassuna
TABELIA
Rosemere Suassuna
SUBSTITUTA

TRASLADO PRIMEIRO

LIVRO nº 201

FLS nº 14 / Ato 5047

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA, COMO
ABAIXO SE DECLARA:

S A I B A M - quantos esta Escritura Pública Declaratória, virem que, aos 13 (treze) de **dezembro** de 2017 (dois mil e dezessete), nesta cidade de Catolé do Rocha - PB, neste Cartório do 1º Ofício de Notas, Registro de Imóveis e Protesto de Títulos da Comarca de Catolé do Rocha - PB. Perante mim Escrevente Autorizado, compareceu como outorgante: a Sra. **MARLUCE MARIA DE LIMA**, brasileira, viúva, aposentada, analfabeta, RG nº 37.864.847-1 - SSP-SP e CPF nº 738.986.944-53. Residente na rua projetada s/n - Conj. Cehap - Bom Sucesso - PB. Reconhecido como o próprio de que trato e dou fé. E por este, me foi feita a seguinte **DECLARAÇÃO**: "Que está impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML por não existir IML no município de sua residência. Declarou ainda que na qualidade de beneficiária do valor referente a indenização/reembolso do seguro DPVAT ao efetuar o crédito na conta corrente e/ou conta poupança nº 9687-0, operação 013, agência 3518 - Caixa Econômica Federal - ag. Catolé do Rocha - PB, que é de sua titularidade, reconhece o recebimento e dá como quitado o valor da referida indenização. A outorgante ficou ciente do que declarou, respondendo criminalmente por infração ao art. 299 do Código Penal Brasileiro, caso não estejam declarando a verdade. Que o declarante exime este cartório de qualquer responsabilidade civil ou criminal pela presente escritura declaratória, excluindo-o de quaisquer responsabilidades e obrigações futuras. E como assim o disse e do que dou fé, lavrei este público instrumento que sendo lido, aceitou e assinaram perante mim Escrevente Autorizado, que a escrevi e assino em público e raso; Em testº () da verdade; Dou fé. Assina a rogo do outorgante **SANEIDE DE FÁTIMA MONTEIRO LIRA**, RG nº 3.236.719 - SSP-PB e CPF nº 074.420.554-94. Residente nesta cidade. Catolé do Rocha - PB, 13 de dezembro de 2017. Os documentos referentes a esta escritura, ficam arquivados na Pasta de Escrituras Passadas nº 161, subpasta nº 24. Emolumentos pagos ao Cartório R\$ 48,16; ao Farpen R\$ 30,18, ao Mp R\$ 0,74 - Guia de pagamento nº 01338497. O Escrevente Autorizado, Jandirson Alves de Lima. Eu, Rosemere Suassuna Saldanha, Tabelião Substituto o subscrevo e assino; Dou fé. (as) a rogo de **MARLUCE MARIA DE LIMA - SANEIDE DE FÁTIMA MONTEIRO LIRA**. **TRASLADADA INCONTINENTI** de seu próprio original; Dou fé.

2
Catolé do Rocha - PB, 13 de dezembro de 2017.
Em testº () da verdade.

Jandirson Alves de Lima

Escrevente Autorizado

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Jandirson Alves de Lima
Escrevente Autorizado
Catolé do Rocha - PB

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CNS nº 070458
Comarca de Catolé do Rocha - PB

SELO DIGITAL : AFU11685-5CZU

Lei Estadual nº 10.132/2013

A autenticidade deste documento, poderá ser confirmada no sítio: <http://corregedoria.tjpb.jus.br/selo-digital/>

Rua Chateaubriand Barreto, 23 - centro - Catolé do Rocha - PB. Tel.: 083 441-1322. CGC/MF nº 09.223.298/0001-73

14 DEZ 2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARLUCE MARIA DE LIMA

RG nº 37.864.847-0, data de expedição 17/05/02, Órgão SSP/SP,

CPF nº 738.986.944-53, 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>R. PROJETADA</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	<u>CEHAP</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>BOM SUCESSO</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.887.000</u>
Telefone de Contato	<u>(183) 9.9823.5427</u>
E-mail	

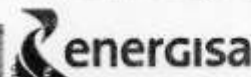
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BOM SUCESSO, 30/10/17

Assinatura do Declarante: 

10 MAIO 2018

MARLUCE MARIA DE LIMA
RUA PROJETADA, 507/CEHAP - CENTRO
BOM SUCESSO/PB CEP: 56867000 (AQ: 245)



Emissão: 08/10/2017 Referência: Out/2017
Classe/Subcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rotômetro: 3-251-805-5180 Nº medidor: 00008671282

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 56071-480
CNPJ 30.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000.225.308
Cód. para Dth. Automático: 00016420440

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data em que vence próxima fatura	CNPJ ENERGISA
Out/2017	08/10/2017	08/11/2017	73898694453

DE (unidade) Consumidora: 3

Canal de contato
- MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO!
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os dados no cadastro único. Para mais informações, acesse o site: www.mdsa.gov.br
MDSA - DEB 707 2003 - Motivo: Revisão cadastral 2017
A Energisa investe em tecnologia, treinamento e ampliação e modernização de rede para garantir a melhor energia para sua casa. Para nós, o essencial é você viver bem.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 08/09/17 Leitura: 7804	Data: 08/10/17 Leitura: 7847	1	243	30

Descrição		Quantidade	Tarifa CP	Valor Base Cal.	Alq.	Lim (R\$)	Base Cal.	Pa (R\$)	Consumo (R\$)
Tributos Totais (R\$)				ICMS (R\$)	ICVS			Pa (R\$) (0,008%)	(R\$ 786,06)
0801	Consumo em kWh	243,000	3,665130	181,82	181,82	2	43,63	181,82	1,88
0801	Adic. B. Amarela			5,17	5,17	2	1,58	5,17	0,10
0801	Adic. B. Vermelha			2,28	2,28	2	0,71	2,28	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORA 08/2017			1,81	0,00	11	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,43	0,00	11	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2017			2,71	0,00	11	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2017			2,34	0,00	11	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2017			0,06	0,00	11	0,00	0,00	0,00
CC: Código de Classificação do Item		TOTAL		177,00	188,85		45,80	188,85	1,78

Atividade	Atividade	TOTAL DO GASTO
211	16/10/2017	R\$ 177,00

216	245	228	252	320	288	262	238	302	371	172	168
Ser17	Ago17	Jul17	Jun17	Mai17	Abr17	Mar17	Fev17	Jan17	Dez16	Nov16	Out16

RESERVADO AO FISCO
d876.252b.dd25.01f0.1e54.f8a9.3a47.4ce8.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limite da ANEEL	Aprimado	Limite de Apreciação	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,77	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. de Energia PB	40,74	23,02
DIC TRIMESTRAL	12,54			Compra de Energia	58,70	31,47
DIC ANUAL	25,02			Serviço de Transmissão	8,28	4,64
FC MENSAL	3,43	0,00	CONTRATADA	Encargos S. Energia	11,28	6,37
FC TRIMESTRAL	8,68		LIMITES INFERIOR	Impostos, D. rede e Encargos	85,02	48,00
FC ANUAL	13,02		LIMITES SUPERIOR	Outros Bens (gas)	0,00	0,00
CMC	3,71	0,00		Total	177,00	100,00
DICRI	12,22			Valor de BLS D (Ref. 8/2017) R\$ 38,90		

10 MAIO 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Naimundo Antunes Pontes

RG nº 1026582, data de expedição 14/04/99, Órgão SSP/PB

CPF nº 465.459.644-53, 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>Rua Manoel Vicente</u>
Número	<u>5N</u>
Apto / Complemento	<u>Tenue</u>
Bairro	<u>São Francisco</u>
Cidade	<u>Santa Cruz</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.824.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8107.1681</u>
E-mail	<u>naimundoantunes@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Cruz - PB, 30/10/17

Assinatura do Declarante: Naimundo Antunes Pontes

10 MAIO 2018

AYANNY ELLEN ISMAEL ANTUNES
RUA MANOEL VICENTE, S/N - SÃO FRANCISCO
SANTA CRUZ / PB CEP: 5624000 (AO: 177)
Emissão: 19/10/2017 - Referência: Out / 2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro: 10 - 193 - 700 - 2390 M. Medidor: 000083525/9

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.193/0001-40 Ins. Est. 16.015.820-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.720-972
Cód. para Dis. Automática: 30000744214
Acesso: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Out / 2017	19/10/2017	20/11/2017	9421618408

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL
CADASTRO BIOMÉTRICO
A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA.
O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO, PROCURE UM CARTÃO ELEITORAL
MÁS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/09/17	27363	19/10/17	27449		483	30

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alc. Icmo (R\$)	Base Calc. Fix (R\$)	Colme (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pou (R\$)	ICMS (R\$)
0001	Consumo em kWh	483,000	0,703850	339,86	339,86	27	51,76
0801	Adc. B. Amarela			9,26	9,26	27	1,42
0801	Adc. B. Verde			15,10	15,10	27	4,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				10,69	0,00	0	0,00
0807	CONTROLE PULVERIZA						0,00

CC: Código de Classificação de Item TOTAL 971,10 383,22 67,25 380,22 3,74 17,23

26/10/2017 R\$ 371,10

Histórico de Consumo (kWh)

451	445	396	459	476	456	440	440	437	503	503	570
Sel/17	Apr/17	Jul/17	Jun/17	Mar/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16

RESERVADO AO FISCO
c1cf.79c6.a3dc.3846.0edf.61ed.81b8.c985.

Indicadores de Qualidade 6/2017 - 6/2017 - 6/2017

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
FIC MENSAL	8,27	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,84		
DIC ANUAL	25,08		
FIC MENSAL	3,55	0,00	CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL	7,10		202
FIC ANUAL	14,20		202
DIC	3,71	0,00	202
DIC	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	68,48	23,85
Carregio de Energia	119,21	32,12
Serviço de Transmissão	1,79	0,48
Encargos Setoriais	23,95	6,45
Impostos Diretos e Encargos	129,13	34,79
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	371,10	100,00

Valor de R\$ 0,00 (R\$ 0,00/2017) R\$ 100,21



energisa PARAIBA
Roteiro: 10 - 193 - 700 - 2390 Matrícula: 74471-2017-10-5
26/10/2017 R\$ 371,10



10 MAIO 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, 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**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Antunes Batista inscrito (a) no CPF 465.459.644-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marlene Maria de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 738.986.944-53, do sinistro de DPVAT cobertura Marlene Maria de Lima da Vitima Marlene Maria de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 738.986.944-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Manoel Vicente</u>		Número <u>90</u>	Complemento <u>Terreo</u>
Bairro <u>São Francisco</u>	Cidade <u>Santa Cruz</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.824-000</u>
Email <u>raimundobatista@igoi.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 3536.1061</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9.8107.1681</u>

Bom Sucesso/PB, 30 de Outubro de 2017

Local e Data

Raimundo Antunes Batista
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALDO ALVES DE LIMARG nº 1.117.178, data de expedição 15/03/1988Órgão SSPIRN, portador do CPF nº 702, comdomicílio na cidade de BOM SUCESSO no Estado dePARAIBA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA PROJETADA-CEHA- CENTRO nº SNcomplemento TERREO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MARLUCE MARIA DE LIMA cujo o condutor eraJUCERANDIO ALVES DE OLIVEIRAVeículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA/CG 150 FANESIAno: 2012Placa: NOH 6051Chassi: 9C2KC1670DR004891Data do Acidente: 23/03/2017Local e Data: BOM SUCESSO-PB, 27 DE OUTUBRO DE 2017

Aldo Alves de Lima
Assinatura do Declarante



Jucelândia Alves de Oliveira
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DISTRITAL DO DISTRITO DE SERRINHA-PB Distrito de Serrinha Bom Sucesso-PB CEP: 58337-000 CNPJ: 09.107.594/0001-09	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>Supra</u>
	<u>de Aldo Alves de</u>
	<u>Lima, por</u>
	<u>AUTENTICIDADE</u> , Dou fe
Em testº (<u>Missa</u>) da vedade.	
Dist. de Serrinha-PB, <u>27</u> de <u>10</u> de <u>2017</u>	
<u>Maria da Paz de Sá</u>	
Maria da Paz de Sá - Oficiala	

AFX21754 - DTXK

Selo Digital:

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

Cartório Distrital do
 Distrito de Serrinha
 MARIA DA PAZ DE SÁ
 Oficial do Registro Civil

CARTÓRIO DISTRITAL DO DISTRITO DE SERRINHA-PB Distrito de Serrinha Bom Sucesso-PB CEP: 58337-000 CNPJ: 09.107.594/0001-09	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>Supra</u>
	<u>de Jucelândia Alves</u>
	<u>de Oliveira, por</u>
	<u>AUTENTICIDADE</u> , Dou fe
Em testº (<u>Missa</u>) da vedade.	
Dist. de Serrinha-PB, <u>27</u> de <u>10</u> de <u>2017</u>	
<u>Maria da Paz de Sá</u>	
Maria da Paz de Sá - Oficiala	

AFX21755 - HHQJ

Selo Digital:

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

Cartório Distrital do
 Distrito de Serrinha
 MARIA DA PAZ DE SÁ
 Oficial do Registro Civil

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALDO ALVES DE LIMA,
 RG nº 1.117.178, data de expedição 15/03/1988
 Órgão SSPIRN, portador do CPF nº 702., com
 domicílio na cidade de BOM SUCESSO, no Estado de
PARNÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROJETADA-CEHAD- CENTRO, nº SN,
 complemento TERREO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima MARLUCE MARIA DE LIMA, cujo o condutor era
JUCERANDIO ALVES DE OLIVEIRA

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/CG 150 FANESI
 Ano: 2012
 Placa: NOH 6051
 Chassi: 9C2KC1670DR204891
 Data do Acidente: 23/03/2017
 Local e Data: BOM SUCESSO-PB, 27 DE OUTUBRO DE 2017

x Aldo Alves de Lima
 Assinatura do Declarante



x Jucelândia Alves de Oliveira



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

CARTÓRIO DISTRICTAL DO DISTRITO DE SERRINHA-PB Distrito de Serrinha Bom Sucesso-PB CEP: 59087-000 CNPJ: 09.107.594/0001-09	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>Supra</u>
	<u>de Aldo Alves de</u>
	<u>Lima, por</u>
	AUTENTICIDADE. Dou fé
Em testº (<u>MPS</u>) da verdade.	
Dist. de Serrinha-PB, <u>27</u> de <u>10</u> de <u>2017</u>	
<u>Maria da Paz de Sá</u>	
Maria da Paz de Sá - Oficiala	

AFX21754 - DTXK

Selo Digital:
 Consulte a autenticidade em
<http://selodigital.tjpb.jus.br>

Cartório Distrital do
 Distrito de Serrinha
 MARIA DA PAZ DE SÁ
 Oficial do Registro Civil

CARTÓRIO DISTRICTAL DO DISTRITO DE SERRINHA-PB Distrito de Serrinha Bom Sucesso-PB CEP: 59087-000 CNPJ: 09.107.594/0001-09	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>Supra</u>
	<u>de Jucelândia Alves</u>
	<u>de Oliveira, por</u>
	AUTENTICIDADE. Dou fé
Em testº (<u>MPS</u>) da verdade.	
Dist. de Serrinha-PB, <u>27</u> de <u>10</u> de <u>2017</u>	
<u>Maria da Paz de Sá</u>	
Maria da Paz de Sá - Oficiala	

AFX21755 - HHQJ

Selo Digital:
 Consulte a autenticidade em
<http://selodigital.tjpb.jus.br>

Cartório Distrital do
 Distrito de Serrinha
 MARIA DA PAZ DE SÁ
 Oficial do Registro Civil

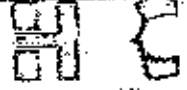
DOCUMENTO ORIGINAL

10 MAIO 2018

Letto:

SINAIS VITAIS

- 1 NOV 2011

 GOVERNO DA PARAIBA <i>o trabalho.</i>	ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
---	--	---

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **MARLUCE MARIA DE LIMA, RG: 37.864.847-0 SSP/SP**, residente e domiciliada na Rua: Projetada – Bom Sucesso - PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Manoel Veras Freitas Terceiro – CRM/8768, no dia 23 de Março de 2017. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de Motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida permaneceu em observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.


 Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral - HRCR
 Matr. 87924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé d Rocha – PB, 17 de Julho de 2017.

Entidade Prestadora de Atendimento

Código da Unidade: 2592460 CNPJ: _____

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHÃO UF: PB

Município: CATOLÉ DO ROCHA Paciente: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Nome: Marlene Mano de Deus Documento: 37.864.841-0

Profissão: Professora Telefone: 970082295 Bairro: CEP: 53350-000

Endereço: Av. José Augusto CEP: 53350-000

Município: João Pessoa CNIS: 14.8050.5486.9549

Código IBS: 2592460 Data do Atendimento: 23/03/2018

Data de Nascimento: 22/01/1955 Raça / Cor: _____

() 1 - Branca () 2 - Preta () 3 - Parda () 4 - Amarela () 5 - Indígena () 99 - Sem Informação

Anamnese e exame físico (sumário)

Doença Aguda de início noturno

Doença Aguda de início noturno

Exame físico e neurológico

Exames realizados na unidade (tipos)

Exames realizados na unidade (tipos)

Exames realizados na unidade (tipos)

Exames realizados na unidade (tipos)

Exames realizados na unidade (tipos)

Exames realizados na unidade (tipos)

Medicamentos e outros recursos

1. 500mg de 25g de 500mg de

2. 500mg de 25g de 500mg de

3. 500mg de 25g de 500mg de

4. 500mg de 25g de 500mg de

5. 500mg de 25g de 500mg de

6. 500mg de 25g de 500mg de

7. 500mg de 25g de 500mg de

8. 500mg de 25g de 500mg de

9. 500mg de 25g de 500mg de

10. 500mg de 25g de 500mg de

11. 500mg de 25g de 500mg de

12. 500mg de 25g de 500mg de

13. 500mg de 25g de 500mg de

14. 500mg de 25g de 500mg de

15. 500mg de 25g de 500mg de

16. 500mg de 25g de 500mg de

17. 500mg de 25g de 500mg de

18. 500mg de 25g de 500mg de

19. 500mg de 25g de 500mg de

20. 500mg de 25g de 500mg de

21. 500mg de 25g de 500mg de

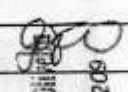
22. 500mg de 25g de 500mg de

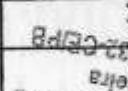
10 MAIO 2018

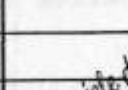
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

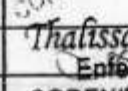
Vome: _____ Leito: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
13-03-17	10:00	Paciente vítima de acidente, consciente, orientada, após dor na região do quadril, foi medicada e segue em observação.	
303/17	16:00	Pte, consciente, orientada, afébril, relata muita dor na região do quadril. Aguardando vaga para avaliação do ortopedista.	
14-03-17	6:00	Pte EGR, afébril, eupneica, consciente, orientada, com regime, aceitando pouca dieta, relata dor na região do quadril, deurese por SVO. Se que aguardando avaliação do ortopedista.	
14-03-17	15:40	Paciente teve alta SVO - pela SSV.	


 Thaissa Tâmara
 Enfermeira
 COREN/PB: 426209


 Thaissa Tâmara
 Enfermeira
 COREN/PB: 426209


 Thaissa Tâmara
 Enfermeira
 COREN/PB: 426209


 Thaissa Tâmara
 Enfermeira
 COREN/PB: 417.306

SINAIS VITAIS

DATA	HORA	TEMP.	PULSO	RESP.	T.A.	ASSINATURA
23/03	16:00	38°	-	-	150x80	
24/03	06:00	37°	-	-	140x10	

10 MAIO 2018

Relatório Médico

Paciente **Marluce Maria de Lima**, 62 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x moto) na rodovia que liga Brejo Santo- PB a Catolé do Rocha- PB no dia 23/03/2017 com BO de número 147/2017.

Apresentava, em decorrência do acidente, trauma na região da coluna lombar, trauma na região do quadril e escoriações pelo o corpo.

Foi submetida a tratamento conservador para o trauma na região da coluna e quadril com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso por um período de 120 dias. A mesma recebeu alta definitiva em 23/07/2017.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Coluna lombar apresenta hipertonia muscular, dor a palpação, diminuição da mobilidade articular no segmento lombar, presença de bloqueio ativo dos movimentos rotacionais e flexão de tronco e parestesia.

Quadril apresenta dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluo que há limitação em 60% da capacidade funcional da coluna lombar, para atividades que exijam o uso em excesso da mesma e que há debilidade permanente e limitação em 70% da capacidade funcional do quadril.

Cajazeiras, 08.03.2018

Dr. Rodolfo G. Cartaxo

Médico
CREMEC-13.144
CRM-PB 8446

Rodolfo Gonçalves Cartaxo

CRM: 8446 - PB

LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 - Centro-CEP: 58900-000
Fone: (83) 3531-4469

10 MAIO 2018



384-8

NÃO ALFABETIZADA

CARTÃO DE IDENTIDADE

5274

738 986 944 53

MARLUCE MARIA DE LIMA

22.01.55

42622/2022

00 / 00 / 00

ARF - B0000

ARF - B0000

2022/01/14/2002

37.864.847-0

MARLUCE MARIA DE LIMA

JOSE CRETANO DOS SANTOS

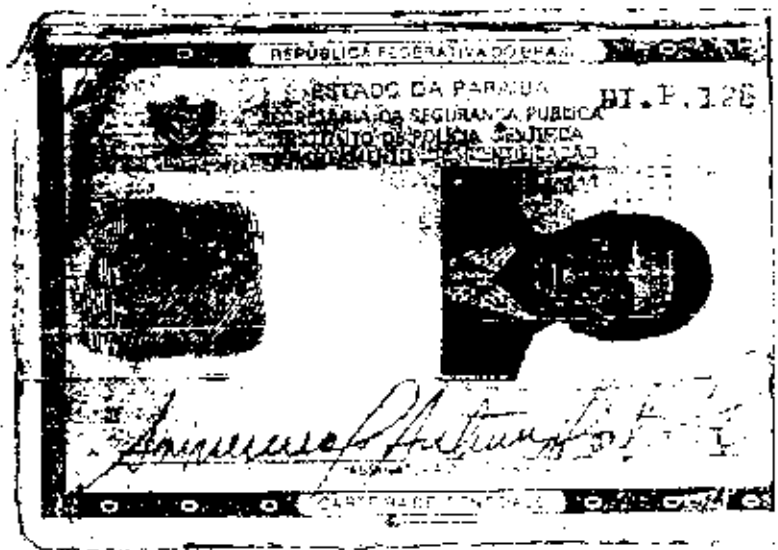
E MARIA FILHA DE SOUSA

22/JAN/1955

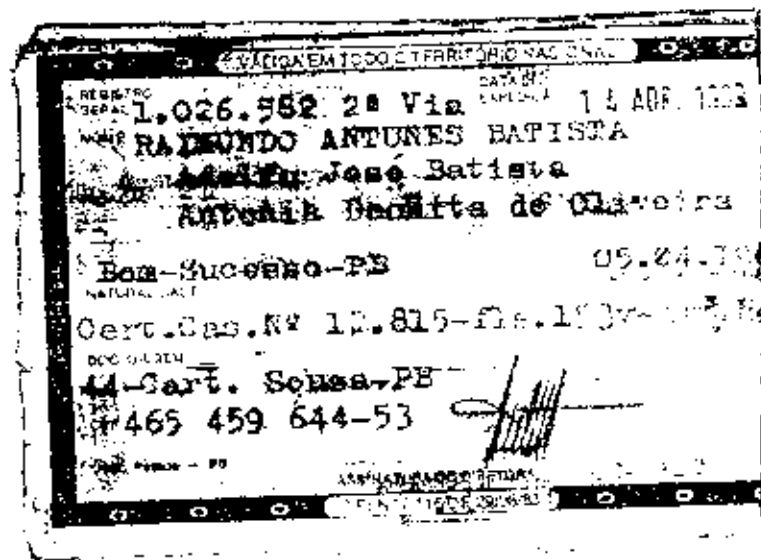
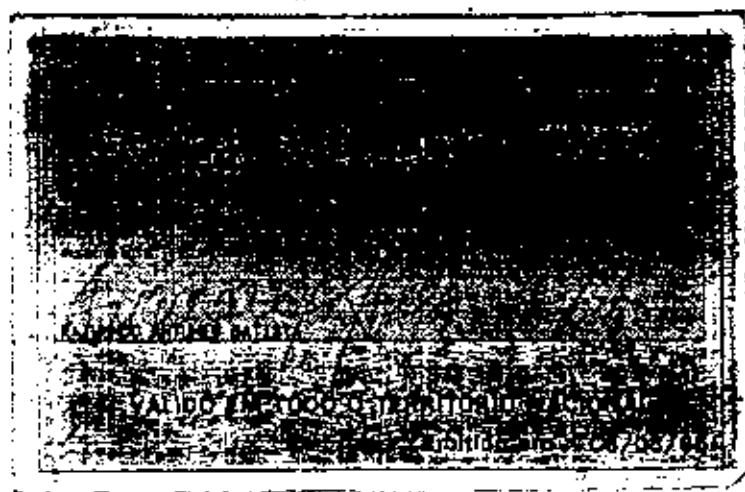
CATOLE DO ROCHA PE

CATOLE DO ROCHA

22/JAN/1955



Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPE - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

Nº de inscrição
485459644-53

Data de Nascimento
05/04/65

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.128

Raimundo Antunes Batista
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

NOME
RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

ASSINATURA
Raimundo Antunes Batista

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em - 05/05/96

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
1.026.582 2ª Via

DATA DE EXPEDIÇÃO
14 ABR. 1999

NOME
RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

PRIMAÇÃO
Adolfo José Batista
Antônia Decilata de Oliveira

NATURALIDADE
Bom-Sucesso-PB

DATA DE NASCIMENTO
05.04.1965

Cert.Cas.Nº **12.815-fls.153v-liv.1-**

DOC ORIGEM
44-Cart. Sousa-PB

CPE
485 459 644-53

Assinatura do Titular
[Assinatura]

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10359 // 00009 Nº **013103107845**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** COD RENAVAM **00504669699** TULTA C ******* EXERCÍCIO **2017**

NOME **ALDO ALVES DE LIMA**

CPF / CNPJ **702.892.204-91** PLACA **NOH6051**

PLACA ANT / UF **NOH6051/MN** CHASSI **SC2KC167008004891**

ESPÉCIE TIPO **PASSEIRO/MOTOCICLETA/VEÍCULO APLICAVE** COMBUSTÍVEL **ALCOOL-GASOL**

MARCA / MODELO **HONDA/CG 150 FAN EST** ANO FAB **2012** ANO MOD **2013**

CAP / POT / CL **QCV/149 CILINDRADAS** CATEGORIA **PARTICULAR** COR PREDOMINANTE **PRETA**

COTA ÚNICA **R\$ 0.00** VENC. COTA ÚNICA **06/02/2017** VENC. COTAS **1º PAGO**

P **V** **A** **002853 3X** **R\$ ******* **2º PAGO** **3º PAGO**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** TAXAS DETRAM: PAGO** IOF (R\$) ******* PRÊMIO TOTAL (R\$) **DPVAT: PAGO** DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

NOTAR: RC1687D004891

ALEXANDRYA/ROSE DATA **06/02/2017**

SECRETARIA DE ESTADO DE TRANSPORTES
Coordenador de Registro e Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL POR DANOS CAUSADOS POR VEICULO
 TRANSPORTES DE PASSAGEIROS E COLETA E ENTREGA DE CARGA A PESSOAS
 TRANSPORTES DE COLETA E ENTREGA DE CARGA A PESSOAS

RN Nº 013103107845 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2017** DATA EMISSÃO **06/02/2017**

VIA **1** CPF / CNPJ **702.892.204-91** PLACA **NOH6051**

RENAVAM **00504669699** MARCA / MODELO **HONDA/CG 150 FAN EST**

ANO FAB **2012** CATEGORIA **B** NR CHASSI **SC2KC167008004891**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ******* DETRAM (R\$) ******* CUSTO DO SEGURO (R\$) *******

CUSTO DO BILHETE (R\$) ******* IOF (R\$) ******* TOTAL A SER PAGO (R\$) *******

PAGAMENTO **DATA DE QUITAÇÃO**

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.245.802/0001-04

OUT



- 1 NOV 2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180214728 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLUCE MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 23/03/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM QUADRIL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: QUADRO DE DOR INTENSA EM QUADRIL DIREITO
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°
DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II
ATROFIA MUSCULAR EM GLÚTEO DIREITO
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/03/2017 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA EM QUADRIL DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO POR UM PERÍODO DE 72 HORAS ONDE PERMANECERAM EM ANALGESIA PARA CONTROLE DAS DORES E REALIZAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM DEVIDO A QUADRO DE DOR INTENSA EM QUADRIL DIREITO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR COM USO DE ANALGÉSICOS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
APRESENTA QUADRO DE DOR INTENSA EM QUADRIL DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, ATROFIA MUSCULAR EM GLÚTEO DIREITO DE FORMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Janice de Almeida Pinto Miguez

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS DO BRASIL

1.117.178

15.03.1968

ALDO ALVES DE LIMA

ANTONIO ALVES DE LIMA

RITA REGINA DA CONCEIÇÃO

BOM SUCESSO RN 05.11.1968

CERT. DE NASC. Nº 1.624 LIVRO 3A FLS

1968 V CART. DE BOM SUCESSO RN

Dr L

Copier

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS DO BRASIL

1.117.178

15.03.1968

ALDO ALVES DE LIMA

ANTONIO ALVES DE LIMA

RITA REGINA DA CONCEIÇÃO

BOM SUCESSO RN 05.11.1968

CERT. DE NASC. Nº 1.624 LIVRO 3A FLS

1968 V CART. DE BOM SUCESSO RN

Dr L

Copier

SECRETARIA DA DEFESA

MINISTÉRIO DA DEFESA

702892204 91

ALDO ALVES DE LIMA

05.11.1968

ALDO ALVES DE LIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ALDO ALVES DE LIMA

05.11.1968

ALDO ALVES DE LIMA

Outros



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE HABITACAO

JUCERLANDO ALVES DE OLIVEIRA
 001604803 882 RN
 089.680.504740 17/12/1986
 JANDUI ALVES DE OLIVEIRA
 JANDUI ALVES DE OLIVEIRA
 04/05/2007
 04/05/2007

934225901
 1082276

GOZANIA, GO
 27/03/2012
 44636668894
 00061582621
 DETRAN GO (GOIAS)

- 1 NOV 2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.117.178 DATA DE EXPEDIÇÃO 15.03.1988

NOME ALDO ALVES DE LIMA

FILIAÇÃO ANTONIO ALVES DE LIMA

NATURALIDADE BOM SUCESSO RN DATA DE NASCIMENTO 05.11.1968

CERT. DE NASC. Nº 1.624 LIVRO 3A FLS 106V CART. DE BOM SUCESSO RN

CPF

Dr. f. ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23.06.83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO-COMPONENTE DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF - DE USO OBRIGATORIO NOS CASOS DE NECESSIDADE DE IDENTIFICAÇÃO PARA QUALQUER INTERVENÇÃO DE NATUREZA FISCAL, MOVIDA À UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

ASSINATURA DO AGENTE EMISSOR

001/1360-2

12/04/83

BANCO DO BRASIL

ALEXANDRIA (RN)

11591 / 1809

IDENT. MATRÍCULA E ASSINATURA DO EMPREGADO ESCRITÓRIO, PARA EMISSÃO DE CARTÃO, POR INSCRIÇÃO N.º MATRÍCULA DO EMP.

CIC

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO AO CPF 702892204 91

NOME COMPLETO

ALDO ALVES DE LIMA

NASCIMENTO 05.11.1968

ASSINATURA

ALDO ALVES DE LIMA

TERA VALIDADE SOBRETE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

10 MAIO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

ALDO ALVES DE LIMA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO	
NOME: JUCERLANDIO ALVES DE OLIVEIRA	
DOCUMENTO / ORIGEM: 003004803 SSP RN	
CID: 099.680.504-40	DATA NASCIMENTO: 17/12/1986
FILIAR: JANDUI ALVES DE OLIVEIRA	
NEULA ALVES DE OLIVEIRA	
SEX: M	AC: 1.70
PESSOAS: 01	AB: 01
INT. BRASIL: 07568451541	1ª REGISTACAO: 25/09/2017
04/05/2007	
LOCAL: GOIANIA, GO	
DATA EMISSAO: 27/09/2012	
44636664804	
00053590623	
DETRAN GO (GOIAS)	

10 MAIO 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180214728 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLUCE MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 23/03/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE QUADRIL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

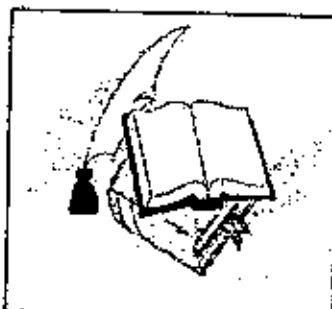
CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



CARTÓRIO DISTRITAL DO DISTRITO DE SERRINHA - PB



COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA - ESTADO DA PARAÍBA
DISTRITO DE SERRINHA
MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO
SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL
CNPJ: 09.107.594/0001-09
NASCIMENTO, OBITOS E NOTAS.

MARIA DA PAZ DE SÁ
OFICIALA DO REGISTRO CIVIL
CPF: Nº 664.680.354-49

ANA MARIA PAZ DE SÁ
OFICIALA SUBSTITUTA
CPF: Nº 017.340.974-18

PRIMEIRO TRASLADO
LIVRO: Nº 01
FOLHA : 91 E VERSO

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ A SRA.
MARLUCE MARIA DE LIMA COMO ABAIXO SE DECLARA.

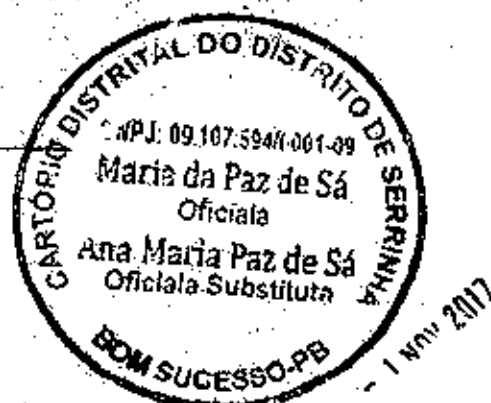
SAIBAM os que este Público Instrumento de Procuração bastante virom que no ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo de dois mil e dezessete (2017), aos 27 (vinte e sete) dias do mês de outubro (10), neste Distrito de Serrinha - Bom Sucesso, Comarca de Catolé do Rocha - Estado da Paraíba; em Cartório, perante mim, Oficiala Maria da Paz de Sá, compareceu como Outorgante A Sra. MARLUCE MARIA DE LIMA, brasileiro(a), maior, viúva, aposentada, portador(a) do RG: Nº 37.864.847-0 - SSP- SP e inscrita no CPF/ME: Nº 738.986.944-53, domiciliado(a) e residente na Rua Projetada s/n, na cidade de Bom Sucesso - PB, CEP: 58.887-000, reconhecido como próprio de mim Oficiala Maria da Paz de Sá, por ela foi dito que, por este Público Instrumento nomeava e constituía seu bastante procurador RAIMUNDO ANTUNES BATISTA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB 6.409, com escritório profissional localizado à Rua Raimundo Gonçalves de Almeida, s/n, Centro de Bom Sucesso - PB, CEP: 58.887-000, telefone (83) 98107-1681. **PODERES:** A quem confere poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, A FIM DE ENCAMINHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para o Outorgante. Assim o disse do que dou fé e me pediu este instrumento que lhe li, aceita e assina. Assinando a rogo pela Outorgante por não ser alfabetizada. ALDO ALVES DE LIMA, a mesma a Outorgante deixa a sua impressão digital do polegar direito a margem do Livro de Procurações. Perante mim Oficiala do Registro Civil Maria da Paz de Sá, que a escrevi e assino em público e raso. Em Teste (MPSa) da verdade; dou fé. Distrito de Serrinha, Bom Sucesso - PB, 27 de outubro de 2017. TRASLADADA INCONTINENTI, conforme o original; dou fé. Selo Digital: AF133061 - X9R6. Consulte autenticidade em: <https://selodigital.tfpb.jus.br>.

Distrito de Serrinha, Bom Sucesso - PB, 27 de outubro de 2017.

Em Teste (MPSa) da verdade.

Maria da Paz de Sá

MARIA DA PAZ DE SÁ
Oficiala do Registro Civil,
Cartório Distrital do
Distrito de Serrinha
MARIA DA PAZ DE SÁ
Oficiala do Registro Civil





CARTÓRIO DISTRITAL DO DISTRITO DE SERRINHA - PB



COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA - ESTADO DA PARAÍBA
DISTRITO DE SERRINHA
MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO
SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL
CNPJ: 09.107.594/0001-09
NASCIMENTO, OBITOS E NOTAS.

MARIA DA PAZ DE SÁ
OFICIALA DO REGISTRO CIVIL
CPF: Nº 664.680.354-49

ANA MARIA PAZ DE SÁ
OFICIALA SUBSTITUTA
CPF: Nº 017.340.974-18

PRIMEIRO TRASLADO
LIVRO: Nº 01
FOLHA: 91 E VERSO

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ A SRA.
MARLUCE MARIA DE LIMA COMO ABAIXO SE DECLARA.

SAIBAM os que este Público Instrumento de Procuração bastante virem que no ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo de **dois mil e dezessete (2017)**, aos **27 (vinte e sete) dias do mês de outubro (10)**, neste Distrito de Serrinha – Bom Sucesso, Comarca de Catolé do Rocha- Estado da Paraíba; em Cartório, perante mim, Oficiala Maria da Paz de Sá, compareceu como Outorgante A Sra. MARLUCE MARIA DE LIMA, brasileiro(a), maior, viúva, aposentada, portador(a) do RG: Nº 37.864.847-0 – SSP- SP e inscrita no CPF/MF: Nº 738.986.944-53, domiciliado(a) e residente na Rua Projetada s/n, na cidade de Bom Sucesso – PB, CEP: 58.887-000, reconhecido como próprio de mim Oficiala Maria da Paz de Sá, por ela foi dito que, por este Público Instrumento nomeava e constituía seu bastante procurador RAIMUNDO ANTUNES BATISTA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB 6.409, com escritório profissional localizado à Rua Raimundo Gonçalves de Almeida, s/n, Centro de Bom Sucesso - PB. CEP: 58.887-000, telefone (83) 98107-1681. **PODERES:** A quem confere poderes especiais para **representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, A FIM DE ENCAMINHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT para o Outorgante.** Assim o disse do que dou fé e me pediu este instrumento que lhe li, aceita e assina. Assinando a rogo pela Outorgante por não ser alfabetizada ALDO ALVES DE LIMA, a mesma a Outorgante deixa a sua impressão digital do polegar direito a margem do Livro de Procurações. Perante mim Oficiala do Registro Civil Maria da Paz de Sá, que a escrevi e assino em público e raso. Em Testº (*MPSa*) da verdade; dou fé. Distrito de Serrinha, Bom Sucesso - PB, 27 de outubro de 2017. TRASLADADA INCONTINENTI, conforme o original; dou fé. Selo Digital: AFI33061 – X9R6. Consulte autenticidade em: <https://selodigital.tipb.jus.br>.

Distrito de Serrinha, Bom Sucesso - PB, 27 de outubro de 2017.

Em Testº. (*MPSa*) da verdade.

Maria da Paz de Sá

MARIA DA PAZ DE SÁ
Oficiala do Registro Civil.
Cartório Distrital do
Distrito de Serrinha
MARIA DA PAZ DE SÁ
Oficiala do Registro Civil

DOCUMENTO ORIGINAL

10 MAIO 2018

