

Documentos de identificação



SELO DIGITAL: **AF144766-70JS**

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

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques do Herivel, 83 - Conto-Tôco: 3311-6035

CNPJ: 09.365.745/0001-76

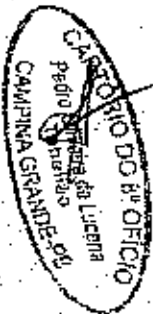
Estr. Pedro Oliveira de Lucena

Taboão

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

22 06 17

Bul. Pedro Oliveira de Lucena
Taboão



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

Nome: **Francisco Bruno e Silva**

CPF: **02.23.007.2017**

RG: **036.781.674-08**

Data de Nascimento: **24/10/1978**

Francisco Bruno e Silva

PROFESSOR

GAB

IDENTIFICAÇÃO

21472

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

IDENTIDADE DE ABOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO

Matrícula: **21472**

Nome: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Endereço: **MARIA AXILIA DORA SARMENTO**

Cidade: **OLHO D'ÁGUA-PB**

UF: **PB**

CEP: **5131933 - 5521PB**

Telefone: **036.781.674-08**

Celular: **02.23.007.2017**



COMISSÃO DE RECURSOS E EMBARGOS
 22 JAN. 2018
 PROTOCOLADO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012235992996
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20150509009630-0
1 0104734287-9 00/00000000 2015

JOSE ROBERTO MARCOS DOS SANTOS

03237959430

QFE5024/PB

NOVO PB 9C2KD0810FR439785

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015 2015

2 P/162 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 28/04/2015

0

***** SEGURO P A G O 28/04/2015

SEM RESERVA DE DOMINIO

AREIA-PB

40681



17/11/2015

40886

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NAU SEGURO DPVAT

PB Nº 012235992996

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2015

DATA EMISSÃO
17/11/2015

1 03237959430

QFE5024/PB

01047342879

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

2015

CALIBRE

9

Nº CHASSI

9C2KD0810FR439785

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

QUANTIDADE DE SEGUROS (R\$)

DE (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

P A G O

50% LÍQUIDA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
28/04/2015

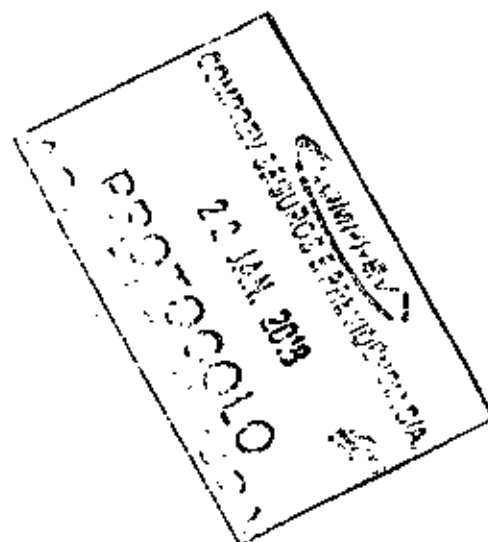
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.600/0001-04
www.segurodotransito.com.br

40886-1149273-20151117

400-2015

DUT





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Roberto Marcos dos Santos brasileiro(a),
 estado civil Casado, profissão aguardador, inscrito
 no CPF de nº. 032.134.915-94 e no RG de nº _____, residente
 e Domiciliado a Rua: Est. Píachro de Faria, nº 5141,
 Bairro Zona rural, na Cidade de Aracá,
 Estado Paraná, CEP 58397000.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e domiciliado na Rua Antonio Sérgio de Almeida, 800/B, Bodocongo, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) José Roberto Marcos dos Santos, ocorrido em 01.1.10.2017, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

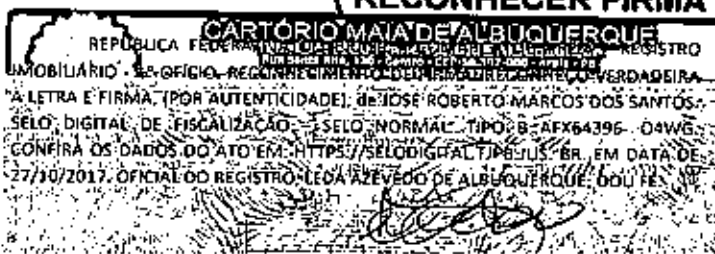
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 27 de Outubro de 2017

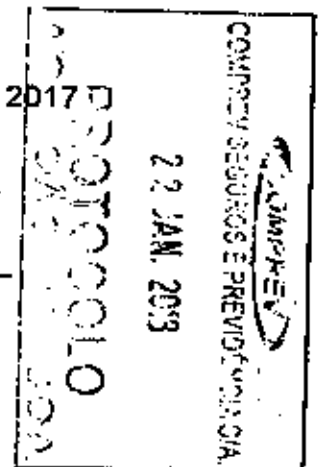
José Roberto Marcos dos Santos

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório de Registro de Imóveis de Albuquerque
 Rua Santa Rita, 136 - Aracá - PB
 Cep 58397-000
 E-mail: joao.franco@b.rioalbuquerque.com.br
 Fone: (33) 3382 2413



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO MARCOS DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180050373

Vitima: JOSE ROBERTO MARCOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180050373**.

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 12339287



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

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

032 379 59430

Nome completo da vítima

Jose Roberto Mendes dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Roberto Mendes dos Santos		CPF titular da conta 032 379 59430		Profissão Ocupacional	
Endereço Sítio Rocio da Foca		Número SIN		Complemento	
Bairro Zona Rural	Cidade Araucária	Estado PB		CEP 58397-000	
Email inocibrownadu@gmail.com				Telefone (DDD) 83 33341289	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome BANCO DO BRASIL		NRO 001		BANCO Nome BANCO DO BRASIL		NRO 001	
AGÊNCIA NRO. 0293 (Informar dígito se existir)	D/V 3	CONTA NRO. 8241 (Informar dígito se existir)	D/V 4	AGÊNCIA NRO. 0293 (Informar dígito se existir)	D/V 3	CONTA NRO. 8241 (Informar dígito se existir)	D/V 4

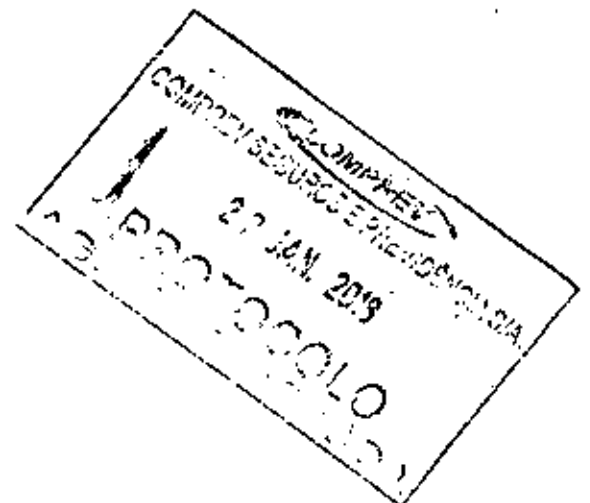
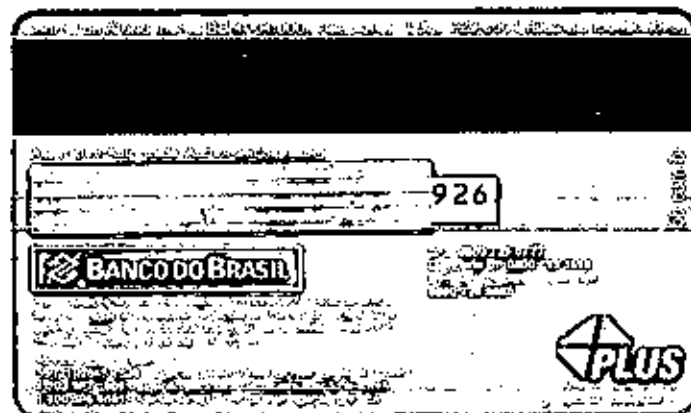
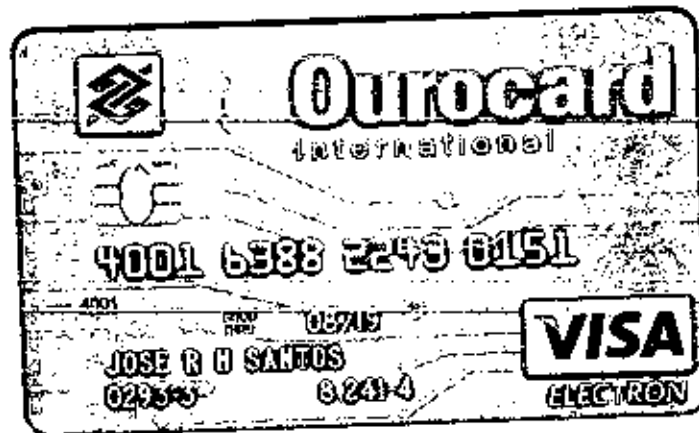
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

O. Grandi 19 de Janeiro de 2018
Local e Data

Jose Roberto Mendes dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300

Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº 000326/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000326/18 registrada em 08/01/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de janeiro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:06 horas, compareceu o Sr. JOSÉ ROBERTO MARCOS DOS SANTOS, com 38 anos de idade, filho de JOSÉ MARCOS DA SILVA FILHO e FRANCISCA TRAJANO DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AREIA - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.343.817-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03237959430, residindo à rua SÍTIO RIACHO DA FACA, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de AREIA - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta de 04h00min do dia 01.10.2017, estava trafegando da sua residência em direção a cidade de Areia/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR160 BROS ESDD, ano/modelo 2015/2015, cor preta, chassi nº 9C2KD0810FR439785, de placa QFE-50248/PB, licenciada em seu nome (José Roberto Marcos dos Santos), quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu da moto derrapar no terreno molhado, tendo a moto caído por cima do seu membro inferior, causando-lhe fratura, sendo socorrido por familiares e levado inicialmente para o hospital de Areia/PB, onde recebeu os primeiros atendimentos e depois foi encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetido a cirurgia, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se fechado, com via molhada pelas chuvas e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Segunda-feira, 8 de Janeiro de 2018

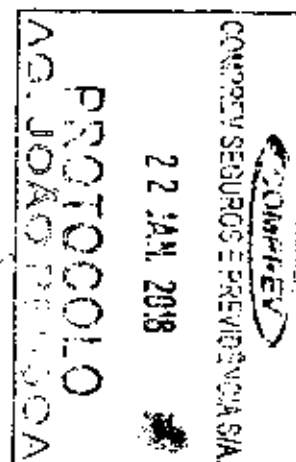
José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

José Roberto Marcos dos Santos
JOSÉ ROBERTO MARCOS DOS SANTOS

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Declaração de Inexistência de

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Roberto Mano da Silva

CPF da Vítima

032.379.594.30

Data do Acidente

01/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

José Roberto Mano da Silva

CPF do Representante legal

032.379.594.30

Email

moesbruno@uol.com.br

Telefone (DDD)

83.3334.1289

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

C. Grande, 19 de janeiro de 2018.

Local e Data

José Roberto Mano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Comprovação de ato declarado



HTOG-Painel Administrativo

01/10/2017

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1515948

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Maj. Rômano Peixoto, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 01/10/2017

Bolém de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

PACIENTE: JOSE ROBERTO MARCOS DOS SANTOS

Endereço: RIACHO FUNDO

Sexo: M

Telefone: 996665095

Cidade: Areia

Idade: 037

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: FRANCISCA TRAJANO DOS SANTOS

RG: 2343817

Nº

Responsável: MARIA SIMONE CARDOSO DA SILVA

CNP: 03237959430

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Unão Brãvel

Data de Atend: 01/10/2017

CNS: 704309582506991

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

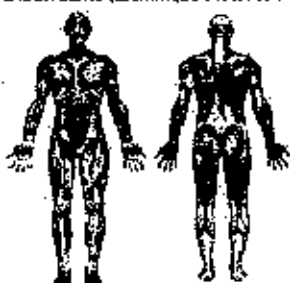
CRM:

Especialidade:

Mãe PRENA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abreção
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Craniotomia
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Enxameamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortura
15. F. Contato
16. F. Corpo-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contato
19. Frotura de pele fechada
20. Frotura de pele aberta
21. Hematoma
22. Injúria de membro Vaso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torção peridontal
28. Objeto Enfiado
29. Oromaxia
30. Paralisia
31. Pericúria
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de isquemia

QBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada -

%

Grav

() 1º Grav

() 2º Grav

() 3º Grav

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente refere acidente de moto, foi atendido no Hospital de Areia e encaminhado para H. de Campina Grande para tratamento em pele.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PROLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPLAS () Potorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT:

SAT2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Glicosimetria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

De

Dia

Especialista:

De

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PREScrições E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Ed. Alta de cirurgia Geral	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João Pessoa
Ortopedia e Traumatologia

http://10.1.1.148/projetohoglimpreurgenda.php?contato=1515948

1/2



2

JOSE ROBERTO MARCOS DOS SANTOS
SIT RIACHO DA FAÇA, S/N - AREA RURAL
ARSA / PB CEP: 59387000 (40-71)

Emissão: 24/11/2017 Referência: Nov / 2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade: São José do Bonfim, 200, Km 25 - Cota Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 53021-070
Ramo: 14 - 72 - 228 - 3250 Nº medidor: 09005359430 Cód. JCB: 009 180 10001-00 Taxa 221 16 015 523-0

Nota Fiscal/Contrato Energia ENE/PA/17001108 637
Cód. parâ DAB: AclonMkt:00015331424

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

Contas e faturas Apresentação Data prevista de próxima leitura CPF/CNPJ/RANI

Nov / 2017 24/11/2017 22/12/2017 3237859430

UC (Unidade Consumidora): 5/1533142-4

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL
CADASTRO BIOMÉTRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELETORES QUE AINDA
NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE
PRODUZEM O CARTÃO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDI-
MENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 24/11/2017
PORTANDO O DOCUMENTO OFICIAL, COM FOTO, COMPROVAN-
TE DE RESID. DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL.
SE HOUVER, EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE
WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1381

Comprovante de residência



Anterior		Atual		Constante	Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura		10		30	
25/10/17	4937	24/11/17	4937					
Demonstrativo								
CC	Descrição	Quantidade	Taxa/uf	Valor	Base Calc	Alto	Base Calc	Por(%)
0001	Custo de Disponibilidade	11,22	0,00	0	0,00	11,22	0,15	0,05
0001	Adic. B. Verificação	1,52	0,00	0	0,00	1,52	0,02	0,05
0010	Subsídio	4,60	0,00	0	0,00	4,60	0,00	0,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0008	Devolução Subsídio	-4,45	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Cód. Código de Classificação de Rót. TOTAL 12,09 0,00 0,00 17,94 0,22 1,07

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
11 01/12/2017 R\$ 13,09

HISTÓRICO DE CONSUMO (KWH)

S 13 0 0 0 0 17 22 18 33 34 9
Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

RESERVA DO RISCO
dddf.fae1.72be.5b69.6404.3cfd.c895.12df.

Indicadores de Qualidade 9/2017 - PB				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	12,76	0,00	NOMINAL 270	Serviços de Dist. de Energia	4,89	37,44
DC TRIMESTRAL	25,52			Carga de Energia	3,89	29,70
DC ANUAL	51,05			Serviço de Transmissão	0,80	6,19
FC MENSAL	7,82	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Serviço de Distribuição	1,15	8,81
FC TRIMESTRAL	15,64			Serviço de Operação e Manutenção	1,20	9,25
FC ANUAL	31,28			Dados Serviços	0,00	0,00
DC 9	19,50	0,00		Total	12,09	100,00

Valor do USD Ref 9/2017 R\$ 5,50

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PREAVISO DE VENCIMENTO: Caso n(ã) fatura(s) não relacionado(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 09/12/2017. Conforme Resolução 474 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a responsabilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado as contas pagas não estejam na unidade consumidora para conversação. Caso já tenha efetuado o pagamento de(a) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento Subvenção DEC.7.88/11/17 R\$ 4,45 Isenção CMS

Out/17 12,94

COLOQUE AQUI O SEU PAGAMENTO
29 JAN. 2018
COLOQUE AQUI O SEU PAGAMENTO
29 JAN. 2018

INACIO BRUNO SARMENTO
RUA ANTONIO SERGIO DE ALMEIDA, 900/B - BOBOCONGO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (RG: 401127777)

Entrada: 20/12/2017 Referência: Dez/2017 08220 IM 158 - Alta Sudeste - Telyenda - Campina Grande / PB - CEP 58203-700
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO CNPJ 08 626 696 0001-45 Insc. Est. 16.003.829-1
Roteiro: 12 - 401 - 658 - 4320 NF Emissor: 00009085725

Energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Endereço: Telyenda - Campina Grande / PB - CEP 58203-700
CNPJ 08 626 696 0001-45 Insc. Est. 16.003.829-1

Nota Fiscal/Contrato Energisa Eólica MCOO.137.005
Cód. para DFT: 00000000000000000000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	20/12/2017	19/01/2018	3878181408

UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender.
Nunca empilha peças perto dos fios da rede elétrica e não as rebola. Carga demais prejudica a rede. É nada de usar fios metálicos para empilhar peças. Com segurança, não se brinca.

Comprovante de residência



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
					Data	Leitura	Data	Leitura	
					22/11/17	1982	20/12/17	2102	

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Mq	Tarifa (R\$)	Base Calc.	Po (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo em kWh	120,00	0,75	90,00	27	19,84	72,78	0,28	1,63
0801	Adic. B. Verrecho	0,08	8,08	27	1,84	0,08	0,03	0,13	0,13
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0802	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2017	0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2017	1,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0809	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017	0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 60,44 78,84 21,28 78,84 0,38 1,68

VENCIMENTO 28/12/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 90,44

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)											
100	60	60	60	60	60	114	176	134	124	137	130
Nov17	Out17	Set17	Ago17	Jul17	Jun17	Maio17	Abr17	Mar17	Fev17	Jan17	Dez16

RESERVADO AO FISCO
d6f0.d4ab.ec16.5028.93b4.33c2.3be2.6a51

Indicadores de Qualidade				Comparação de Consumo		
Límites da ANEEL		Apurado	Límite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL	Serviços de O&M de Energia	18,48	20,43
DIC TRIMESTRAL	15,82	0,00	220	Compra de Energia	20,59	22,76
DIC ANUAL	21,25	0,00		Serviço de Transmissão	1,03	1,14
FIC MENSAL	3,30	0,00	CONTABILIZADA	Encargos Sotobanco	7,44	8,23
FIC TRIMESTRAL	9,72	0,00	LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	24,80	27,53
FIC ANUAL	13,45	0,00	LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DRAC	3,00					
DICR	12,22					

Valor de EUSO (Ref. 10/2017) R\$ 12,69

ATENÇÃO - Leitura Confirmada

Faturas em atraso

VENCIMENTO 28/12/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 90,44

83630000000-4 80440147000-3 02049942017-0 12500401019-0



22 JAN 2019

CONSUMO DE ENERGIA E PRECATORIA



Declaração Circular SUSEP 44

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Márcio Bruno Serrano inscrito (a) no CPF 036781814 / 06
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sr. Paulo Roberto Moraes dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 032379594 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro 3 da Vítima
Sr. Paulo Roberto Moraes dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 032379594 / 30, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

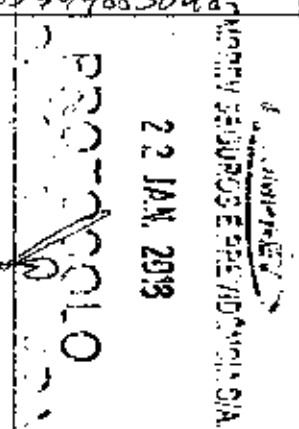
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Antônio Sérgio de Almeida</u>		Número <u>800</u>	Complemento <u>B3</u>
Bairro <u>Redenção</u>	Cidade <u>Compinho Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58100-000</u>
Email <u>marcio.bruno.adu@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 33341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>85 9998850483</u>

C. Grande, 19 de Janeiro de 2018.
Local e Data

Márcio Bruno Serrano
Assinatura do Declarante



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

DNº 03/11/1999

PACIENTE:

QI 00 LEITE 00 CONVÊNIO Salu n-4 IDADE 34 anos REGISTRO 1315948

CIRURGIA Tratamento cirurgico de Fratura de Tarsal E. CIRURGIÃO Dr. Wagner + Dr. Thiago

ANESTESIA Raqui + Sedacao ANESTESIA

INSTRUMENTADORA DATA 06/10/11 INICIO 11:00 FIM 12:30

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.	30	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimorf amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegem amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Macrogotas		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de Sanguie		Fio de Algodão Sertix	
	Prolognine amp.	Q.N	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sutupak	
	Proloxido l/m		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	10	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardiaca	
	Thionembatal ml		H ₂ O, ml		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Adulto	03	Mononylon	4-2.0
			Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flexidol amp.	03	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	03	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	03	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Q.N	Oxigênio l/m	Q.N	Algodão	
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix	Q.N	Algodão	
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml	02	Fio de Sutura	
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	Q.N	SG Normotermico fr 500 ml	
01	Levofloxacina	01	Saco coletor	Q.N	SG Galado fr 500 ml	
	Medrotilazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	04	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuplanon amp.		Sonda folley	Qtd.	Usar Material da	
01	Cefalotina		Sonda Nasogática		ORTESE E PROTESE	
01	Mandibular		Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
01	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
01	Aguilha desc. 28 x 28	02	Latex			
01	Aguilha desc. 3/8 x 1.2					
01	Aguilha p/ raque nº 25	04	Ventilador			
Q.N	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
05	Ataduras de Crepon	10 + 20				
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Elizabeth Lopes de Souza
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 1201553

Nome do Paciente JOSÉ ROBERTO MARCOS DOS SANTOS		Nº Prontuário	
Data da Operação 06/10/17	Enf.	Leito	
Operador DR	1º Auxiliar DR HALLISSON		
2º Auxiliar DR YURY	3º Auxiliar -	Instrumentador NORNA	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório fx Fíbula (E) (TNL)			
Tipo de Operação OSTEOSINT. 3.5			
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia Ø			
Exame Radiológico no Ato NAS			
Acidente Durante a Operação NAS			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

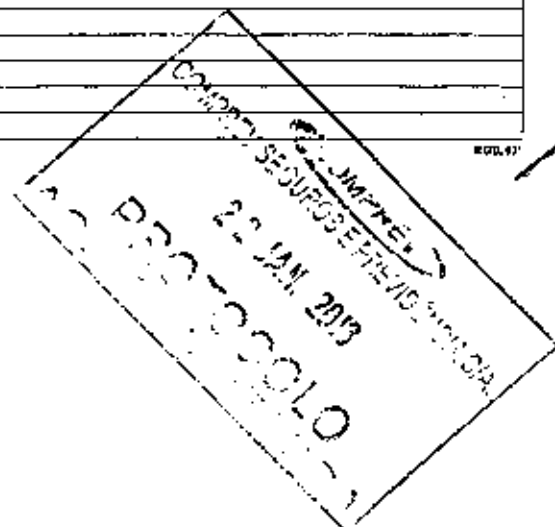
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDA SOB ANESTESIA. 2) Assepsia + Antissepsia + Campos Estéril. 3) INCISÃO em face LATERAL DE TNL (E) + DISSECCÃO em planos + HEMOSTASE. 4) Redução completa de fratura. 5) Osteossíntese c/ placa 1/2 tub. de 6F. 6) Lavado de fô 11.5%. 7) Fechamento por planos. 8) Curativo.
Dr. Julio Cesar Castro Ortopedista/Traumatologia CRM/PB-9965

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx de INJE (moleto lateral)

Paciente: fori Roberto Y Marcos dos Santos Alojamento: 8 Leito: 6X 1 Convênio:

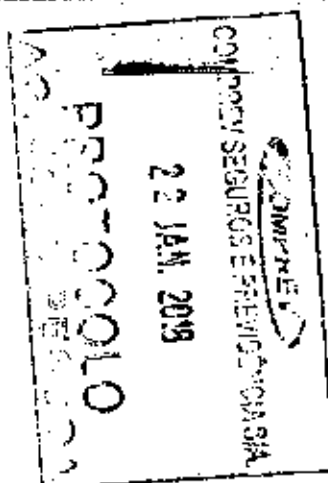
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/10	1) h/eta juve, VO. 2) h/parona arol+AP. IV. 06/06h 3) SEVV+CCGG. 4) fêlos salmizado	di. 20.00h di. di.	Ortopedia Paciente com história de queda de moto na polca/hernia de mte
			cd: Internamento solicitação op. imobilização
02/10	1. Quarta-feira 2. Prigona comp no 6/6h 3. Códex 800	cte 12.00h ce	apd Apresenta fêlos, 4 passos apd fêlos 1200h fêlos 1200h



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO f_5 & TNF

Paciente	José Roberto Mendes		Alojamento:	K	Leito	1	Convênio	
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica			
29/10	1. Dieta Livre. 2. SRA 1500ml EV/24h 3. Opiobron 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jam 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SM 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SM 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCQG		12 28 29 30		PREC. CAT. 1 CP. Subarritmia Rec. por T2/T3			
Dr. Wagner Polça CRM 10.000		Dr. Wagner Polça CRM 10.000						



AO HESTDLGF.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Jarô Roberto M. das
Santas.

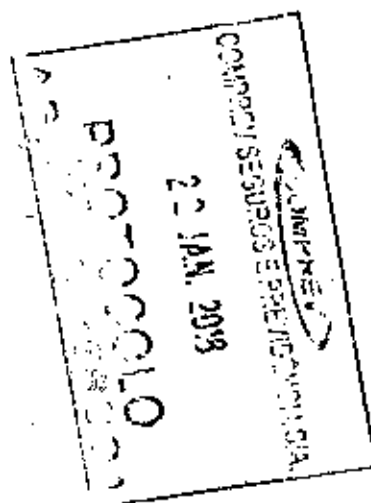
Encaminho o paciente
com fratura de mao
lo esf. Weber C
para tratamento
cirurgico.

Obrigado

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350

14/10/17. 15:30

SAÚDE
DIREITO DE TODOS



000000

100

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM**

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A):

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SI

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 902 NO CID. DURANTE

[illegible]

NECESSITANDO DE:

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 07/07/20

Ass. do Médico - N.º do CRM

Eu₃

autorizo o

Dr.

à registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P-17

Carteira de Identidade

Assinatura do Titular

José Roberto Marcos dos Santos

Foto

Impressão

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.343.817-28 Via DATA 15 MAR 2000

Nome **JOSÉ ROBERTO MARCOS DOS SANTOS**

Função **José Marcos da Silva Filho**

Naturalidade **Francisca Trejano dos Santos**

Areia-PB

DOC ORIGEM **Cert. Nasc. 2.287. Fls. 1.059. Liv. 115.**

CPF **032.379.594/30**

DATA DE NASCIMENTO **05.11.1979**

Assessorado DIRETOR

Dir. Dep. de Identificação

Documentos de identificação

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria de Identificação

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição **0846916437430**

Nome **JOSÉ ROBERTO MARCOS DOS SANTOS**

Nascimento **05/11/1979**

Enviado para o correio

DATA DE ENTREGA: 15/03/2000

777 CORREIOS

COMPROVANTE

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

22 JAN 2018

PROT 00010



AT-171

JOSE ROBERTO MARCOS DOS SANTOS

Data Nasc.: 05/11/1979

Sexo: M

704 3095 8250 6991



SUS+



TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICA

JOSE ROBERTO MARCOS DOS SANTOS

05/11/1979

0349.7776.1279

C-1

0050

AREIA/PB

01/03/2017

[Handwritten signature]

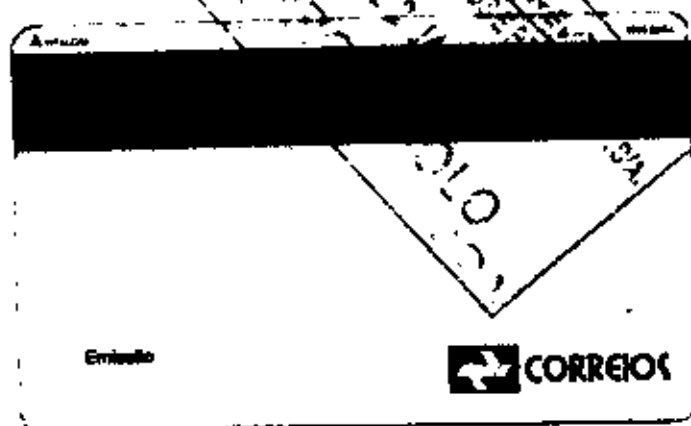
Assinatura do titular do título eleitoral

Cadastro de Pessoas Físicas
Ministério do Trabalho

Nome

Matrícula

Jose Roberto Marcos dos Santos



Emissão

CORREIOS