



Número: **0804028-27.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **25/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31668774	18/06/2020 11:54	2726697_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Nº Sinistro: 3180363688

Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Data do Acidente: 29/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180363688**.

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 13215652

Pag. 00581/00582 - carta_01 - INVALIDEZ

00020291





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima
092.202.307-71

Nome completo da vítima

Buarcio de Andrade Farias Alves

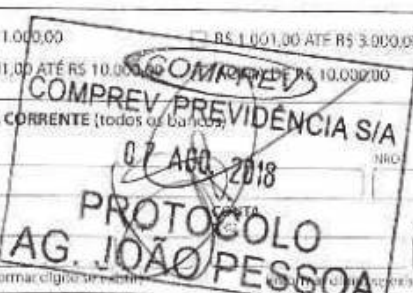
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Buarcio de Andrade Farias/ Ana	092.202.307-71	sem/Estudante
Endereço	Complemento	
morada Felipe de Andrade, Rua Profetada, n/n		
Bairro	Cidade	Estado
Tardim Ceconia	Caldeirão	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58000-000	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	D.V.	CONTA	D.V.
3069		01444.1/500	
(Informar digitão de 8 dígitos)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome			
AGÊNCIA			
Nº			
CONTA			
Nº			
(Informar digitão de 8 dígitos)			



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.

João Pessoa 13 de 03 de 2018
Local e Data

Buarcio de Andrade F. Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ana Maria Felipe de Andrade
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPP-001 9001/2017





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Buarcio de Andrade Farias Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Buarcio de Andrade Farias/ Ana			CPF titular da conta	092.202.307-71	Profissão	Solteira/Estudante
Endereço	Morada Felipe de Andrade, Rua Profeta, s/n			Complemento			
Bairro	Joachim Ceonina	Cidade	Caldeirão	Estado	PB	CEP	58000-000
Email				Telefone (DDD)			

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00				
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA	D.V.	CONTA	D.V.	BANCO	NOME		
3069		01444.1/500		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A			
Informar digitado no sistema				AGÊNCIA	NOME		
				07 AGO 2018			
				PROTOCOLO			
				AG. JOÃO PESSOA			
				Informar digitado no sistema			

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.

João Pessoa 13 de 03 de 2018
Local e Data

Buarcio de Andrade F. Alves Ana Maria Felipe de Andrade
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPP-001 9001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00599.01.2018.1.03.007

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00599.01.2018.1.03.007, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:49 horas do dia 01 de março de 2018, na cidade de Cabedelo, no estado da Paraíba, e nesta 7ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Antonio Carlos dos Santos, Agente de Investigação, matrícula 1372793, ao final assinado, compareceu **Ana Maria Felipe de Andrade**, CPF nº 092.202.307-71, nacionalidade brasileira, identidade de gênero feminino, filho(a) de Severina Maria da Conceição e Manoel Felipe de Andrade, natural de Umbuzeiro/PB, nascido(a) em 13/09/1977 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Oceania Vi, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98614-7862.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Jair Cunha, Rua de Terra, Próximo a Estação de Trens., Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/08/17 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

CONTA A DECLARANTE QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, TRAFEGAVA NO BANCO DO CARONA DA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q, PHOENIX, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, DE PLACAS OEY 0511/PB, CHASSI LXYXCBL02E0517089, LICENCIADO EM NOME DE JOSE ARIMATEIA DE BRITO EVANGELISTA, CONDUZIDA PELO PRIMO GILSON RIDAN, QUE NA ALTURA DA ESTAÇÃO DO JACARÉ, OUVU A COLISÃO DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA, DEVIDO AOS BURACOS EXISTENTES NAQUELA LOCALIDADE, QUE DEVIDO O IMPACTO O MENOR SOFREU ALGUNS FERIMENTOS PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO, COMO CONSTA EM CERTIDÃO Nº 1593/2017, APRESENTADA NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Cabedelo/PB, 01 de março de 2018.



Ana Maria Felipe de Andrade
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
Noticiante



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 interdita 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: Quercio de Andrade Farias Alves CPF da Vítima: 092.202.307-71 Data do acidente: 29/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Ana Maria Felipe de Andrade CPF do Representante legal: 092.202.307-71
E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

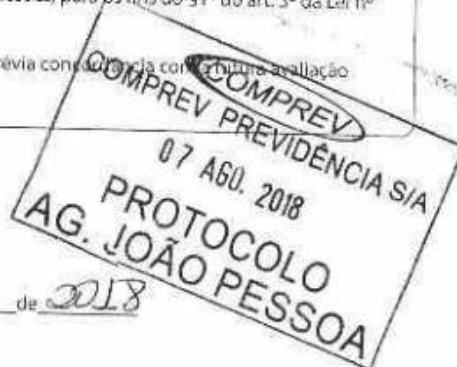
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 da 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.



Felipe 13 de 03 de 2018
Local e Data

Quercio de Andrade F. Alves Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Ana Maria Felipe de Andrade Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Regulado
Data: 29/08/2017
Hora: 13:01:25
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4233702 Fone: 986147862 Num. Prontuario: 2017.08.004425
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/2002 Id: 15 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 00SEM CARTAO DO SUS
Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB
Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE Pai: SEVERINO DE FARIAS ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: MAE RESPONSÁVEL
Tel/Doc. Responsável: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU O PACIENTE
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM JACARE PROX
Vitima de violência por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO X MOTO, TRAVIA EM MSE. NECA
CABECA E TORAX!

Historia - Exame Fisico - (historia do paciente e exame fisico do medico)

Diagnostico

Fx de osso do antebraço E Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

① Omeprazol 40mg 1x/dia
② AINEs
③ Antibiotico

-Painel da Bacia maxilar



ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 007-0001-409-3140
Nº do Medidor: 00008162618
Referência: JUN/18
Emissão: 15/06/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-030
CNPJ: 09.205.193/0001-40 Insc. Est.: 16.525.823/8

Nota Fiscal/Custo de Energia Elétrica
Nº 006.085.941

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002600126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade 04/2018 - Conjunto Ilha do Bisco		
LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	4,95	0,00
DIC TRIMESTRAL	9,91	
DIC ANUAL	19,82	
FIC MENSAL	3,23	0,00
FIC TRIMESTRAL	9,47	
FIC ANUAL	13,0	
DMC	2,77	0,00
DMCI	12,22	

DMC nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMCI duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DMCI nº de vezes que a interrupção individual ocorreu em dia crítico. Possíveis valores individuais apontados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito a compensação f. dentro dos consumidores sujeitos a qualquer tempo, a atualização dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

CNPJ: 09.205.193/0001-40

INSC. EST. 16.525.823/8

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR (KWh)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA	57,90	25,00
CONTA DE ENERGIA	74,21	32,78
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	7,87	3,47
ENCARGOS DE TORNOS	14,21	6,26
IMPOSTOS E ENCARGOS	75,75	34,97
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	229,94	100,00

*Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (UEL 04/2018): R\$ 52,54

CONTA REFERENTE A

JUN/18

APRESENTAÇÃO

20/06/2018

DATA PREVISTA DA PROXIMA LEITURA

16/07/2018

FATURAS EM ATRASO

28/06/2018 203,34

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa de Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	ICMS (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	PIS (R\$) COFINS (R\$) (0,9055%) (4,1484%)
0001	Consumo em kWh	282,002	0,727860	205,20	200,26	27	54,42	205,20	1,84	1,51
0001	Adic. B. Amarela			2,20	2,20	27	0,59	2,20	0,02	0,09
0001	Adic. B. Vermelha			9,71	9,71	27	2,62	9,71	0,00	0,40
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			9,77	0,02	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	CONTRIB SERVILUM PUBLICA			-153,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0099	PAGTO DUPLICIDADE (-) 04/2018									

CCI: Código de Classificação do Item Total: 73,11 217,17 56,83 217,17 1,95 0,00

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso haja alteração de endereço (relacionado ao fornecimento) ou caso o fornecimento não seja suspenso a partir de 05/07/2018, conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não sejam na unidade consumidora para o fornecimento. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) intencional(mente), desconsiderar essa mensagem. Fatura emitida e insuflada em função de produção ao crédito no caso de inadimplência. Leitura confirmada.

Média últimos meses (kWh)

217

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

244	212	221	171	113	32	203	257	267	266	202	204
JUN/17	JUL/17	AGO/17	SET/17	OCT/17	NOV/17	DEZ/17	JAN/18	FEB/18	MAR/18	ABR/18	MAI/18

Reservado ao FISCO

cb39.4add.93c3.37f5.c133.897b.b9dd.2811. AGO. 2018

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
L. 7. AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

83650000000-2 73110149000-1 02800122018-6 06300001019-7



Paraíba

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/06/2018	R\$ 73,11	280012-2018-06-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504

Número do documento: 20061811540348400000030367504

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 Flaviana da Silva Amorim inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Pessoa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima
João Pessoa inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90, 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 da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 31 de 07 de 2018
Local e Data

Flaviana da Silva Amorim
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Armateo de Brito Evangelista,
RG nº 2696135, data de expedição 20/07/1989
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 052.143.854-39, com
domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projétilo, nº b/n,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Laercio de Andrade Farias Alves, cujo o condutor era
Gilson Riden da Silva.
Veículo: Moto Shineray XY 500
Modelo:
Ano: 2014
Placa: OEY 0511/PB
Chassi: LXXXCB102E0517089
Data do Acidente: 29/08/2017
Local e Data: Joaquim Pina, 18/07/2018

Figueirô
Dornelas
Serviço Notarial

Assinatura do Declarante

x Gilson Riden da Silva

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

Figueirô Dornelas Serviço Notarial e Registral

1º Ofício de Notas e Privatiz. de Reg. Imobiliário

Realizado em: 18/07/2018 - 13:51:50

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03

Reconhecido, com autenticação e verificação, a(s) Fimadas(s) de:

JOSE ARMATEO DE BRITO EVANGELISTA

Em test. da verdade, Cabedelo-PB 18/07/2018 13:51:50

Robson Rogério Alexandre Martins - Proposto

[2018-007217]EMUL:R\$ 89,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHB8165-139D

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





29-

CERTIDÃO

Nº. 1593/2017

Atendendo solicitação de ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº56845 pertencente a LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES que foi atendido dia 29/08/2017 às 13H01min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura antebraço esquerdo. Realizado imobilização medicação e liberado.

E para constar eu Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Regulado
Data: 29/08/2017
Hora: 13:01:25
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4233702 Fone: 986147862 Num. Prontuario: 2017.08.004425
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/2002 Id: 15 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 00SEM CARTAO DO SUS
Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB
Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE Pai: SEVERINO DE FARIAS ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: MAE RESPONSÁVEL
Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU O PACIENTE
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM JACARE PROX
Vitima de violência por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO X MOTO, TRAVIA EM MSE. NECA
CABECA E TORAX!

Historia - Exame Fisico - (historia do paciente e exame fisico do medico)

Diagnostico

Fx de osso do antebraço E Conduta

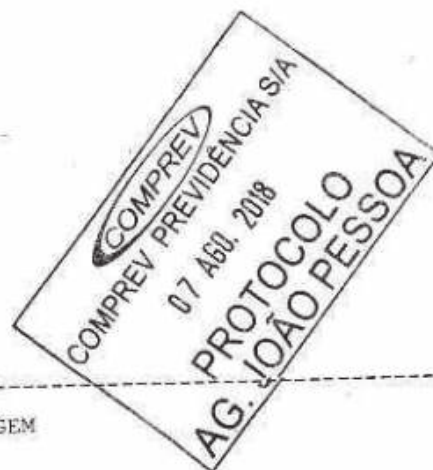
Prescrição

Horario da medicacao

① Omeprazol 40mg 1x/dia
② AINEs
③ Antibiotico

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504
Número do documento: 20061811540348400000030367504

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030101007-2

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Ana Maria Felipe de Fátima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

0301062561
0301010048



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		REGISTRO Nº 4.233.702 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/03/2014	
P-917  		NOME LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Laércio de Andrade Farias Alves</i>		FILIAÇÃO SEVERINO DE FARIAS ALVES MARIA FELIPE DE ANDRADE	
NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB		DATA DE NASCIMENTO 04/04/2002	
LOCAL DE ORIGEM JOÃO PESSOA-PB		ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 07 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Nascimentos, Casamentos e Óbitos

Estado da Paraíba
MUNICÍPIO DE AROEIRAS

Selma Santos de Lima Registradora
Regina Coeli Santos Lima de Araújo-
Substituta

A Registradora de Nascimentos, Casamentos e Óbitos, da Cidade de Aroeiras, Município e
Comarca de igual nome, do Estado da Paraíba, abaixo assinada, na forma da Lei, etc.

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 216 do livro nº A -23 sob Nº de Ordem 23.507 foi
lavrado o assento do nascimento de: LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, do sexo
masculino, nascido no dia quatro de abril de dois mil e dois (04/04/2002) às 13:40 horas, no
Hospital Edson Ramalho, em João Pessoa-PB.

Filho de: Severino de Farias Alves e Ana Maria Felipe de Andrade.

São avós Paternos: José Vicente Alves e Josefa de Farias Alves e avós Maternos: Manoel
Felipe de Andrade e Severina Maria da Conceição.

O assento foi lavrado em 06 de março de 2003, tendo sido declarante a própria mãe.

Serviram de testemunhas: José Paulo de Oliveira e Rita Maria da Conceição.

Observações: A presente certidão envolve elementos de Averbação à margem do termo"

O referido é verdade e dou fé.

Aroeiras, 28 de maio de 2008

Selma Santo de Lima
Registradora

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Registradora
Regina Coeli S. L. de Araújo - Substituta
Rua Neco de Andrade, 60 - Aroeiras
FONE: (83) 3398-1063
CNPJ: 35.492.950/0001-07

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
07 ABL 2018

ANA MARIA FELIPE D
RUA PROJETADA, 58-
CABEDELO/PB CEP: 58

07/Ago.

LOT. 13.12927/
LOCALIDADE: C
RO. VINCULADA

COM
ENERGI

VALOR DO PAGAR

8
1

19 VIA

0301 Censuro em W
0321 Asc. B. Amaria

0001 CONTRIBUIÇÃO
0004 JURISDIÇÃO
0005 MULTA 06/2007

CCI Códigos Classif

Média últimos meses
125

142 | 136 | 1
Jun/17 Set/17 Abr

RESERVADO-AG
da



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

Principais
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

Naturalidade
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1984

CPF
045.079.424-69

2671150 - SSP/PB
BOLETO DE ANUÍAS E VOTO

DATA DE EMISSÃO
01/12/2009

SIN
NÍQUEL MARCO ANTONIO JACSON
PRESIDENTE

14540

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07841734

USO CIENTÍFICO
IDENTIFICAÇÃO PARA FINS LEGAIS
ANEXO 11, DO LAR 133840

GAB

ASSINATURA DO PETICIONÁRIO
Flaviana da Silva Câmara

RESERVAÇÃO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427254268

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO COD RENAVAM PRT 20160000023046-0

1 0107638941-1 00/00000000 2016

NOME

JOSE ARIMATEA DE B EVANGELISTA

05214385439

05214385439

NOVO PB LXIXCBL02E0517089

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC-- GASOLINA

1/SHINERAY XY500 PHOENIX 2013 2014

2 P/49 /CI PARTIC PRETA

IPVA ISENTO 00/00/0000

***** 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00000000

***** SEGURO PAGO

DATA DE PAGAMENTO 22/01/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

JOAO PESSOA-PB

42211

05/02/2016

14516

PB Nº 012427254268

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 05/02/2016

1 05214385439 05214385439

01076389411 1/SHINERAY XY500 PHOENIX

2013 9 LXIXCBL02E0517089

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000

***** SEGURO

DATA DE PAGAMENTO 22/01/2016

***** PAGO

DATA DE PAGAMENTO 22/01/2016

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO


***** PAGO

***** PAGO

***** PAGO

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAIBA P. 912 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 2696135 DATA DE EXPEDIÇÃO 20 SET. 1959	
		NOME JOSÉ ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA João Rodrigues Evangelista FILIAÇÃO Maria Lucia de Brito, Evangelista João Pessoa - PB DATA DE NASCIMENTO 08.02.1982	
Assinatura do Titular: <i>João Rodrigues Evangelista</i> ASSINATURA DO TITULAR		Cert. Nasc. n.º 29.962, fls. 003, Liv. 31-A 2.ª Cart. João Pessoa - PB ASSINATURA DO DIRETOR LEIN 2.116 DE 29/05/83	

Proprietário da motocicleta



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA			
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL			
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA			
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO			
06			
 		REGISTRO GERAL 2.320.367 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/11/2007 NOME ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE FILIAÇÃO MANOEL FELIPE DE ANDRADE SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO NATURALIDADE UMBUZEIRO-PB DATA DE NASCIMENTO 13/09/1977 DCC ORDEM NASC.N.6798 FLS.185 LIV.A7 CPT CARTORIO DE AROEIRAS 092.207.307-71 João Pessoa, PB 14/06/2018 Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

Representante legal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Nº Sinistro: 3180363688

Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Data do Acidente: 29/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180363688**.

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 13215652

Pag. 00581/00582 - carta_01 - INVALIDEZ

00020291





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima
092.202.307-71

Nome completo da vítima

Buarcio de Andrade Farias Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Buarcio de Andrade Farias/ Ana	092.202.307-71	Son/Estudante
Endereço	Complemento	
morada Felipe de Andrade, Rua Profetada, n/n		
Bairro	Cidade	Estado
Tardim Ceonina	Caldeira	PB
CEP		
58000-000		
Email		Telefone (DDD)

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	D.V.	CONTA	D.V.
3069		01444.1/500	
(Informar digitos de exclusão)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome			
AGÊNCIA			
Nº			
CONTA			
Nº			
(Informar digitos de exclusão)			



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.

João Pessoa 13 de 03 de 2018
Local e Data

Buarcio de Andrade F. Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ana Maria Felipe de Andrade
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPP-001 9001/2017





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima
092.202.307-71

Nome completo da vítima

Buarcio de Andrade Farias Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Buarcio de Andrade Farias/ Ana	092.202.307-71	sem/Estudante
Endereço	Complemento	
morada Felipe de Andrade, Rua Profetada, n/n		
Bairro	Cidade	Estado
Tardim Ceonina	Caldebe	PB
CEP		
58000-000		
Email		Telefone (DDD)

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	D.V.	CONTA	D.V.
3069		01444.1/500	
(Informar digitado no extrato)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome			
AGÊNCIA			
Nº			
C.V.			
(Informar digitado no extrato)			



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.

João Pessoa 13 de 03 de 2018
Local e Data

Buarcio de Andrade F. Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ana Maria Felipe de Andrade
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPP-001 9001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00599.01.2018.1.03.007

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00599.01.2018.1.03.007, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:49 horas do dia 01 de março de 2018, na cidade de Cabedelo, no estado da Paraíba, e nesta 7ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Antonio Carlos dos Santos, Agente de Investigação, matrícula 1372793, ao final assinado, compareceu **Ana Maria Felipe de Andrade**, CPF nº 092.202.307-71, nacionalidade brasileira, identidade de gênero feminino, filho(a) de Severina Maria da Conceição e Manoel Felipe de Andrade, natural de Umbuzeiro/PB, nascido(a) em 13/09/1977 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Oceania Vi, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98614-7862.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Jair Cunha, Rua de Terra, Próximo a Estação de Trens., Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/08/17 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

CONTA A DECLARANTE QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, TRAFEGAVA NO BANCO DO CARONA DA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q, PHOENIX, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, DE PLACAS OEY 0511/PB, CHASSI LXYXCBL02E0517089, LICENCIADO EM NOME DE JOSE ARIMATEIA DE BRITO EVANGELISTA, CONDUZIDA PELO PRIMO GILSON RIDAN, QUE NA ALTURA DA ESTAÇÃO DO JACARÉ, OUVU A COLISÃO DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA. DEVIDO AOS BURACOS EXISTENTES NAQUELA LOCALIDADE, QUE DEVIDO O IMPACTO O MENOR SOFREU ALGUNS FERIMENTOS PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO, COMO CONSTA EM CERTIDÃO Nº 1593/2017, APRESENTADA NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão, A referida é verdade, Dou fé.

Cabedelo/PB, 01 de março de 2018.



Ana Maria Felipe de Andrade
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
Noticiante



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 interdita 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: Quercio de Andrade Farias Alves CPF da Vítima: 092.202.307-71 Data do acidente: 29/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Ana Maria Felipe de Andrade CPF do Representante legal: 092.202.307-71
E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

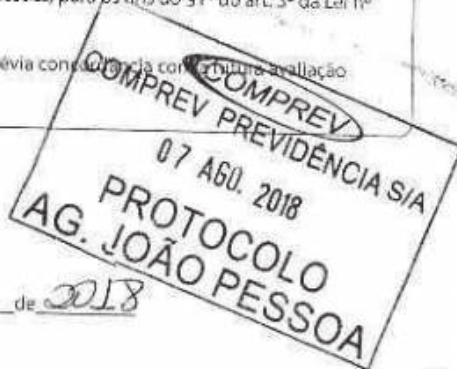
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Felipe 13 de 03 de 2018
Local e Data

Quercio de Andrade F. Alves Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Ana Maria Felipe de Andrade Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Regulado
Data: 29/08/2017
Hora: 13:01:25
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4233702 Fone: 986147862 Num. Prontuario: 2017.08.004425
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/2002 Id: 15 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 00SEM CARTAO DO SUS
Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB
Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE Pai: SEVERINO DE FARIAS ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: MAE RESPONSÁVEL
Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU O PACIENTE

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM JACARE PROX

Vitima de violencia por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO X MOTO, TRAVIA EM MSE. NECA
CABECA E TORAX!

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Diagnostico

Fx de osso do antebraço E Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

① Omeprazol 40mg + Enoxal. 40mg 1x ao dia
② Analg. 400mg 1x ao dia
③ Antibiotico 1x ao dia

-Painel da Bacia maxilar



ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 007-0001-409-3140
Nº do Medidor: 00008162618

Referência: JUN/18
Emissão: 15/06/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-030
CNPJ: 09.265.193/0001-40 INSC. EST: 16.525.823-8

Não Ficaremos Cuidado de Energia Elétrica
Nº 006.086.941

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002600126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade 04/2018 - Conjunto Ilha do Bisco		
LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	4,95	0,00
DIC TRIMESTRAL	9,91	
DIC ANUAL	19,82	
FIC MENSAL	3,23	0,00
FIC TRIMESTRAL	9,67	
FIC ANUAL	19,00	
DMC	2,77	0,00
DMCI	12,22	

DMC nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMCI duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DMCI nº de vezes que a interrupção individual ocorreu em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões desta unidade consumidora implicarão direito a compensação financeira dos consumidores afetados, a qual, por tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

CNPJ: 09.265.193/0001-40

INSC. EST: 16.525.823-8

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA	57,90	25,00
NOMINA DE ENERGIA	14,21	6,29
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	7,87	3,47
ENCARGOS DE TORNIS	12,51	5,56
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	75,75	34,97
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	228,24	100,00

*Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (UE) 04/2018: R\$ 52,54

CONTA REFERENTE A

JUN/18

APRESENTAÇÃO

20/06/2018

DATA PREVISTA DA PROXIMA LEITURA

16/07/2018

FATURAS EM ATRASO

28/06/2018 203,34

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa e Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	ICMS (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	PIS (R\$) COFINS (R\$) (0,9065%) (4,1484%)
0001	Consumo em kWh	282,002	0,727850	205,20	200,26	27	54,42	205,20	1,84	1,51
0001	Adic. B. Amarela			2,20	2,20	27	0,59	2,20	0,02	0,05
0001	Adic. B. Vermelha			9,71	9,71	27	2,62	9,71	0,00	0,40
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			9,77	0,02	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	CONTRIB SERVILUM PUBLICA			-153,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00	-0,00
0099	PAGTO DUPLICIDADE (-) 04/2018									

CCI: Código de Classificação do Item Total: 73,11 217,17 56,53 217,17 1,95 0,00

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso haja alteração acima mencionada (permanecer) ou atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não sejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem. Fatura emitida e insuflada em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. (Leitura confirmada)

Média últimos meses (kWh)

217

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

244	212	221	171	113	132	203	257	267	256	202	204
JUN/17	JUL/17	AGO/17	SET/17	OCT/17	NOV/17	DEZ/17	JAN/18	FEB/18	MAR/18	ABR/18	MAI/18

Reservado ao FISCO

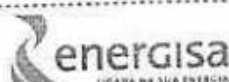
cb39.4add.93c3.37f5.c133.8976.b9dd.2811.AGO. 2018

COMPREV
PROVIDENCIA S/A
AG. JOAO PESSOA
PROTOCOLO

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

83650000000-2 73110149000-1 02800122018-6 06300001019-7



Paraíba

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

MATRICULA

280012-2018-06-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504

Número do documento: 20061811540348400000030367504

Num. 31668774 - Pág. 29

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 Flaviana da Silva Amorim inscrita (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Pessoa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90 do sinistro de DPVAT cobertura inculpidez da Vítima
João Pessoa inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90, 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 da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 31 de 07 de 2018
Local e Data

Flaviana da Silva Amorim
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Armateas de Brito Evangelista,
RG nº 2696135, data de expedição 20/07/1989
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 052.143.854-39, com
domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projécto, nº b/n,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Laercio de Andrade Farias Alves, cujo o condutor era
Gilson Riden da Silva.
Veículo: Moto Shineray XY 500
Modelo:
Ano: 2014
Placa: OEY 0511/PB
Chassi: LXXXCBLO2E0517089
Data do Acidente: 29/08/2017
Local e Data: João Pessoa, 18/07/2018

Figueirô
Dornelas
Sua Vossa

Assinatura do Declarante

x Gilson Riden da Silva Riden

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

Figueirô Dornelas Serviço Notarial e Registral

1º Ofício de Notas e Privatiz. de Reg. Imobiliário

Realizado em: 18/07/2018 - 13:51:50 - Cabedelo - PB

Reconhecido, com autenticação e verificação, a(s) firma(s) de:

JOSE ARMATEAS DE BRITO EVANGELISTA

Em test. da verdade, Cabedelo-PB 18/07/2018 13:51:50

Robson Rogério Alexandre Martins - Proposto

[2018-007217]EMUL:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHB8165-139D

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





29-

CERTIDÃO

Nº. 1593/2017

Atendendo solicitação de ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº56845 pertencente a LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES que foi atendido dia 29/08/2017 às 13H01min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura antebraço esquerdo. Realizado imobilização medicação e liberado.

E para constar eu Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Regulado
Data: 29/08/2017
Hora: 13:01:25
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4233702 Fone: 986147862 Num. Prontuario: 2017.08.004425
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/2002 Id: 15 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 00SEM CARTAO DO SUS
Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB
Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE Pai: SEVERINO DE FARIAS ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: MAE RESPONSÁVEL
Tel/Doc. Responsável: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU O PACIENTE
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM JACARE PROX
Vitima de violência por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO X MOTO, TRAVIA EM MSE. NECA
CABECA E TORAX!

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Diagnostico

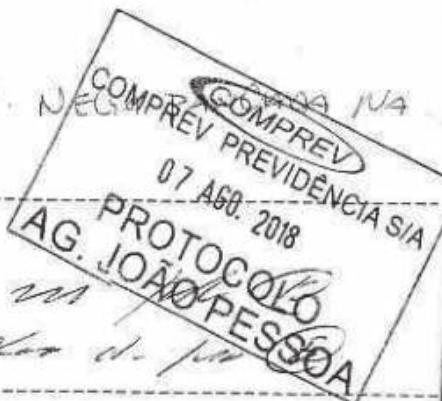
Fx de osso do antebraço E Conduta

Prescrição

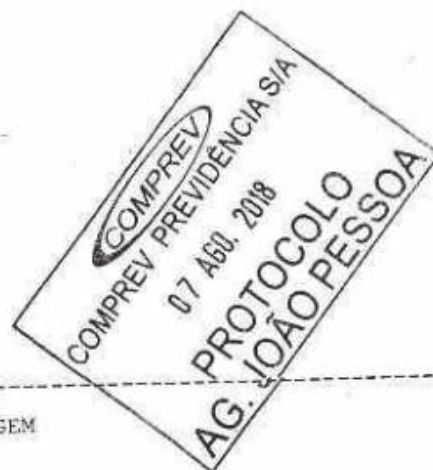
Horario da medicacao

① Omeprazol 40mg + Enoxalona 40mg 1x ao dia
② Analgesicos
③ Antibiotico

-Painel da Bacia maxilar



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030101007-2

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Ana Maria Felipe de Fátima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

0301062561
0301010048



[illegible]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Nascimentos, Casamentos e Óbitos

Estado da Paraíba
MUNICÍPIO DE AROEIRAS

Selma Santos de Lima Registradora
Regina Coeli Santos Lima de Araújo-
Substituta

A Registradora de Nascimentos, Casamentos e Óbitos, da Cidade de Aroeiras, Município e
Comarca de igual nome, do Estado da Paraíba, abaixo assinada, na forma da Lei, etc.

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 216 do livro nº A -23 sob Nº de Ordem 23.507 foi
lavrado o assento do nascimento de: LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, do sexo
masculino, nascido no dia quatro de abril de dois mil e dois (04/04/2002) às 13:40 horas, no
Hospital Edson Ramalho, em João Pessoa-PB.

Filho de: Severino de Farias Alves e Ana Maria Felipe de Andrade.

São avós Paternos: José Vicente Alves e Josefa de Farias Alves e avós Maternos: Manoel
Felipe de Andrade e Severina Maria da Conceição.

O assento foi lavrado em 06 de março de 2003, tendo sido declarante a própria mãe.

Serviram de testemunhas: José Paulo de Oliveira e Rita Maria da Conceição.

Observações: A presente certidão envolve elementos de Averbação à margem do termo"
O referido é verdade e dou fé.

Aroeiras, 28 de maio de 2008

Selma Santo de Lima
Registradora

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Registradora
Regina Coeli S. L. de Araújo - Substituta
Rua Neco de Andrade, 60 - Aroeiras
FONE: (83) 3398-1063
CNPJ: 35.492.950/0001-07

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
07 ABU. 2018

ANA MARIA FELIPE D
RJ, PROJETADA, SR-
CABEDUCO, PB CEP. 58

07/Ago.

LOT. 13.12927
LOCALIDADE: C
RD. VINCULADA

COM
ENERGI

VALOR DO PAGAR

8
1

13 VIA

0301 Censuro em V
0321 Asc. B. Amaria

0801 CONTRIBUIÇÃO
0804 JURISDIÇÃO
0805 MULTA 06/2007

CCI Códigos Classif

Média últimos meses
125

142 132 11
Jun/17 Set/17 Abr

RESERVADO-AG
da





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427254268

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RT 20160000023046-0

1 0107638941-1 00/00000000 2016

NOME

JOSE ARIMATEA DE B EVANGELISTA

05214385439

05214385439

NOVO PB LXIXCEL02E0517089

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC GASOLINA

1/SHINERAY XY500 PHOENIX 2013 2014

2 P/49 /CI PARTIC PRETA

IPVA ISENTO 00/00/0000

***** 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

***** SEGURO PAGO 22/01/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB 42211 05/02/2016

14516

PB Nº 012427254268

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 822 1204

2016 05/02/2016

1 05214385439 05214385439

01076389411 1/SHINERAY XY500 PHOENIX

2013 9 LXIXCEL02E0517089

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGT (R\$) DENATRAM (R\$)

***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE EMISSÃO

22/01/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.398.608/0001-04


www.seguradoralider.com.br

14516-1057530-20160205

052-2015

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAIBA P. 912 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO 2696135 DATA DE EXPEDIÇÃO 20 SET. 1959	
		NOME JOSÉ ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA João Rodrigues Evangelista FILIAÇÃO Maria Lucia de Brito Evangelista NATURALIDADE João Pessoa - PB DATA DE NASCIMENTO 08.02.1982	
Assinatura do Titular: <i>João Rodrigues Evangelista</i> ASSINATURA DO TITULAR		Cert. Nasc. n.º 29.962, fls. 003, Liv. 31-A 2.ª Cart. João Pessoa - PB ASSINATURA DO REGISTRO LEIN 2.116 DE 29/05/83	

Proprietário da motocicleta



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA			
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL			
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA			
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO			
06			
 		REGISTRO GERAL 2.320.367 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/11/2007 NOME ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE FILIAÇÃO MANOEL FELIPE DE ANDRADE SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO NATURALIDADE UMBUZEIRO-PB DATA DE NASCIMENTO 13/09/1977 DCC ORDEM NASC.N. 6798 FLS. 185 LIV. A7 CPT CARTÓRIO DE AROEIRAS 092.207.307-71 João Pessoa - PB <i>M. Moreira</i> LUGAR DO SOCCO ASSINADO POR 01/11/2007 LUGAR DO SOCCO 01/11/2007	
Assinado eletronicamente por: <i>Ana Maria Felipe de Andrade</i> ASSINADO POR TITULAR			
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

Representante legal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Kaericio de Andrade Farias Alves, representado por Ana Maria
Nacionalidade: Felipe de Andrade, Brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 2.320.367
CPF: 092.202.307-71
Profissão: Trabalha em casa
Endereço: Rua, Profetado, D/N, Jardim Oceania
CEP: 58310-000
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Flaviana da Silva Amorim
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 2671190
CPF: 048.079.624-69
Profissão: advogada
Endereço: R. da República, nº 390, Centro
CEP: 58010-180
Telefone: 18398873-0310

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: Kaericio de Andrade Farias Alves

* f. Pessoa, 13/03/2018
Local e data

* Ana Maria Felipe de Andrade
Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
Em test. da verdade. Cabedelo-PB 19/06/2018 11:19:
Robson Rodrigo Alexandre Martins - Proposto
[2018-006220]JEPB:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,92 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: A3Z40758-VCHH
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Kaericio de Andrade Farias Alves, representado por Ana Maria
Nacionalidade: Felipe de Andrade, Brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 2.320.367
CPF: 092.202.307-71
Profissão: Trabalha em casa
Endereço: Rua Profetado, D/N, Jardim Oceania
CEP: 58310-000
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Flaviana da Silva Amorim
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 2671190
CPF: 048.079.624-69
Profissão: advogada
Endereço: R. da República, nº 390, Centro
CEP: 58010-180
Telefone: (83) 98873-0310

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: Kaericio de Andrade Farias Alves

* f. Pessoa, 13/03/2018
Local e data

* Ana Maria Felipe de Andrade
Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Figueiredo Dorneles Serviço Notarial e Registral
1º Oficial de Notas e Privatário do Registro Imobiliário
Rua Manoel Pires, nº 100 - Centro - João Pessoa - PB
CEP: 55010-000
Fone: (33) 3241-1111
E-mail: f.dorneles@sejpb.pb.gov.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
En test. da verdade. Cabedelo-PB 19/06/2018 11:19:
Robson Roberto Alexandre Martins - Proposto
[2018-006220]JEPB:R\$ 49.48 FAPEN:R\$ 0.28 FEPJct: 1.92 ISS:R\$ 0.47
SELO DIGITAL: A0240758-VCHH
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

