



Número: **0802786-15.2019.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **13/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO (AUTOR)		EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32977521	06/08/2020 12:40	<a href="#">2740757_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180274011**

Vítima: **SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **03/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180274011**.

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 12974741

Pag. 01255/01256 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020628



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180274011  
Vítima: SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO  
Data do Acidente: 03/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180274011** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00469/00470 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12985171



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180274011

Vítima: SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180274011**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00595/00596 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13104754



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <b>050.510.794 - 58</b>	Nome completo da vítima <b>SUELI FRANCISCA DO N. PAES</b>
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo <b>SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES</b>		CPF titular da conta <b>050.510.794-58</b>	Profissão <b>AGRICULTORA</b>
Endereço <b>R. PROJETADA, SIN, 1928, L 19</b>		Número <b>SIN</b>	Complemento <b>CONT. N. GRA. PENHA</b>
Bairro <b>SATELITE</b>	Cidade <b>MAMANGUAPE</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58.230-000</b>
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\$ 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA		NRO	
NRO <b>0044</b>	D/V	AGÊNCIA	NRO
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA	D/V	CONTA	D/V
NRO <b>111.880</b>	<b>5</b>	NRO	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL



**MAMANGUAPE**, 10 de **MAIO** de 2018

Local e Data

*Sueli Francisca do Nascimento Paes*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, após

130-873965121-3

10/MAI/2018

HORA DE 08:23:41

LOT. 13.021636-4

TERM 045621

LOCALIDADE: MAMANGUAPE

AG. VINCULADA: 0044

CONTROLE: 130100146

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POU CAIXA FÁCIL

NOME: SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO

AGENCIA: 0044

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.111.888-5

DATA DA ABERTURA: 10/05/2018

LOTÉRIAS CAIXA

130-873965121-3

1ª VIA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

14 JUN. 2018







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 03/2018

Ocorrência nº. 0747/2018

Aos 27 dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). **SIMONE QUIRNO DE SÁ MACIEIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, ai, por volta 14h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**, conhecido por , Identidade nº 2286872-SSP/PB, CPF nº 05051079458, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Jose Francisco Do Nascimento E Maria Das Neves Dos Santos, natural de Caicara/PB, nascido(a) em 11/03/1982 (36 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Satelite, tendo como ponto de referência: , na cidade de MAMANGUAPE-PB, fone(s) para contato: (83) 93894844.

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

1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRANSITO;**

2) DATA DO FATO: 03 de setembro de 2017;

3) HORÁRIO: 23h:0min;

4) LOCAL: RUAS DO PLANALTO nº , bairro: PLANALTO - MAMANGUAPE/PB.

5) DESCRIÇÃO DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S):

QUE a comunicante na hora e local acima citado foi vítima de um acidente de trânsito, onde caiu ao passar num "QUEBRA MOLAS" e perder o equilíbrio; QUE a comunicante estava pilotando a motocicleta de PLACA: OXO7273/PB conforme a cópia do CRLV em anexo; QUE a comunicante foi socorrida por populares e levada ao HGM onde foram feitos os primeiros procedimentos de atendimento hospitalar; QUE a comunicante foi encaminhada e interna dezoito dias no "TRAUMINHA" conforme a cópia do resumo de alta em anexo; QUE a comunicante passou por procedimento cirúrgico conforme cópia do laudo em anexo de CID10-S06.9+S01.8; QUE a comunicante se encaminhou a essa delegacia de polícia para registrar

6) BREVE RESUMO DO FATO:

Que perdeu o documento descrito acima.

7) OBSERVAÇÕES:

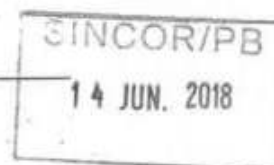
**ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O(A) COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).**

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL

*Sueli Francisca Do Nascimento Para*  
**SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**  
Comunicante

*[Assinatura]*  
**EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA**  
Escrivão Ad Hoc – Mat. nº 5764



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

SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES

CPF da Vítima

050.510.794-58

Data do Acidente

03.09.2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 perícia nos fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

MANGUABEIRO, 03 de MAIO de 2018

Local e Data

Sueli Francisca do Nascimento Paes

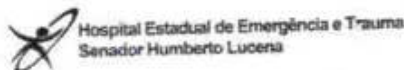
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017







AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1024910



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1206522	Nome SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES		Sexo Feminino
Data de nascimento 11/03/1982	Idade 35 anos 5 meses 23 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DAS NEVES DOS SANTOS		Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91912717	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade CAICARA	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número S/N	Complemento QUADRA 28 LOTE 19	Bairro CONJUNTO NOSSA SENHORA DA PENHA I	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 03/09/2017 04:44:28	Número da pulseira 100006155666	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
CONFERIDO COM O ORIGINAL			
Diagnóstico			CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO			Tempo 01min 05seg

Imprimir

03/09/2017 04:42



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 12:40:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612403740300000031571903>

Número do documento: 20080612403740300000031571903

Num. 32977521 - Pág. 8

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <b>Sueli Francisca do Nascimento</b>				PRONTUÁRIO Nº <b>20170802907</b>	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>03/09/2017</b>		DATA DE ALTA <b>20/09/2017</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Lesão tendão extensor do 4º qde</b>				CID <b>S669</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>				<b>CONFERIDO COM O ORIGINAL</b>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>TENORRAFIAS MÚLTIPLAS</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA				<b>SINCOR/PB</b>	
ANATOMIA PATOLÓGICA				<b>14 JUN. 2018</b>	
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de lesão de tendões extensores do 4º qde foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de tenorrafias múltiplas. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES, portador (a) do RG nº 2.286.872 SSDS/PB, Inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 050.510.794-58, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Quadra 28, Lote 19, Satélite, Mamanguape/PB, CEP 58.280-000, conforme cópia de comprovante anexo.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

*"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

Mamanguape/PB, 03 de Maio de 2018.



Sueli Francisca do Nascimento Paes

SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES

CONFERIDO COM O ORIGINAL

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES

Dou fé. Mamanguape/PB - 03/05/2018

Escrevente: ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI

Selo Digital: AGV39109-AK06

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

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,50





Num. 32977521 - Pág. 11



EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA  
R.D. PEN 1, S/Nº O L 2 - ARBA RURAL  
R.D. TATO / PB CEP: 58297000 (AG-14)

Emissão: 22/03/2018 Referência: Mar/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R 230, 400V - Cota Revista: J967Penta/PB-CEP 58071-000  
Rotam: 13-258-781-4780 Nº medidor: 0003038943

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 06.908.188/0001-45, Ins. Est. NIS: 620-0

Nota Fiscal: Nota de Energia Emissão Nº 037.894.704  
Cód. para São. Automático: 0001637738

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: Mar/2018  
Apresentação: 22/03/2018  
Data prevista da próxima leitura: 23/04/2018  
CPF/CNPJ/RANI: 7005930478

UC (Unidade Consumidora): 5/1523773-8

#### Canal de contato

- Fato de energia é essencialidade. Pode proporcionar prejuízos graves, além de ser crime e de danos à saúde pública, quando falha o fornecimento de energia elétrica ao consumidor, pois causar queda de energia, quebre de equipamentos elétricos e incêndios.  
- Chamada de atenção: é sempre a entre na conta de energia, transmitindo ao cliente, sua preocupação. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
21/03/18	1890	22/03/18	20127		207	20				
Demonstrativo										
CO	Descrição									
	Quantidade Valor	Valor Base Cota	400	1000 kWh Base Cota	1000 kWh	Valor Base				
	Tributos Tributos	(R\$) (R\$)	2048		Rat. Cota (R\$)	(R\$) (R\$) (R\$) (R\$)				
0001	Consumo em kWh	227.000	0.714720	189.00	189.00	27	48.72	189.00	1.14	0.20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			10.00	0.00	5	0.00	0.00	0.00	0.00
0004	JUROS DE MORA 03/2018			0.11	0.00	2	0.00	0.00	0.00	0.00
0006	MULTA 02/2018			0.01	0.00	2	0.00	0.00	0.00	0.00

SINCOR/PB

14 JUN. 2018

COD. Códigos de Classificação do Item TOTAL 189,10 189,33 48,72 189,00 1,14 0,20

Média últimos meses (kWh)

192

VENCIMENTO  
11/04/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 183,70

CONFERIDO COM O ORIGINAL

#### Histórico de Consumo (kWh)

200 | 225 | 228 | 218 | 140 | 175 | 172 | 188 | 181 | 138 | 180 | 224  
Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18

8006 (P2244)

fa71.38ed.1217.46f4.a730.ee3b.704e.da72

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC. MENSAL	0.00	
DIC. TRIMESTRAL	0.00	
DIC. ANUAL	0.00	
PC. MENSAL	0.00	
PC. TRIMESTRAL	0.00	
PC. ANUAL	0.00	
DMC	0.00	
DCE	0.00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	44.88	24.42
Consumo de Energia	53.05	28.86
Serviços de Transmissão	8.88	4.83
Encargos Setoriais	12.42	6.77
Impostos Divididos e Encargos	68.48	37.18
Outros Serviços	0.00	0.00
Total	183.70	100.00

#### ATENÇÃO

Letras conf. med.

Faturas em atraso

PARA: Roteiro 13-258-781-4780  
Matrícula 1523773-2018-03-2

VENCIMENTO  
11/04/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 183,70

83610000001-4 83700054000-0 15237732018-8 03200256019-4



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES,

RG nº 1637560, data de expedição 12/06/1994

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 929.199.524-04, com domicílio na cidade de MAMANGUAPE, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. PROJETADA S/N, Q28, L 19, SATELITE, nº SIN,

complemento CONT. Nº 512, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima SUELI FRANCISCO DO NASCIMENTO PAES cujo o condutor era

SUELI FRANCISCO DO NASCIMENTO PAES

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 160 FAN ESDI

Ano: 2016

Placa: OXO 7273-PB

Chassi: 9C2KC2200G RJ19553

Data do Acidente: 03/09/2017

Local e Data: MAMANGUAPE/PB 03 DE MAIO DE 2018

2º Cartório  
Mamanguape-PB

Alexandre Azevedo de Paes.  
Assinatura do Declarante

SINCOR/PB  
14 JUN. 2018

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

2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES

Dou fé. Mamanguape/PB - 03/05/2018

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital: AGV39094-AAGY

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

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



CONFERIDO COM O ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	11/03/82
NOME DA MÃE	MARIA DAS NEVES DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.024.910
DATA DO ATENDIMENTO	03/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	04:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE + FERIMENTO REGIÃO FRONTAL
CID 10	S06.9 + S01.8

SINCOR/PB

14 JUN, 2018

### AVALIAÇÃO INICIAL:

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, procedente do HGM, com trauma na cabeça, ferimento corto-contuso em região frontal, náuseas e cefaleia. Informa uso de bebida alcoólica, nega perda da consciência. lesão de tendão extensor da mão esquerda. Glasgow 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tomografia computadorizada do crânio  
RX de mão esquerda

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimento em região frontal.

ALTA HOSPITALAR:	03/09/17
DATA DA EMISSÃO:	15/01/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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







CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
14 JUN. 2018





SINCOR/PB

14 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



SINICOR/PB

14 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012650268591  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CORREIO PRT 20161500005327-9  
1 0108257775-5 00/00000000 2016

ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES

92919952404

0X07273/PB

NOVO PB

9C2KC2200GR119553

PAS/H/VEICULO/NOV/2016 21/00/000000

HONDA/CG 160 FAN ESDI 2016 2016

2 P/162 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 01/04/2016

\*\*\*\*\*

0

PREMIO TARIFARIO: 01/04/2016  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 01/04/2016

A.F. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA

RIO TINTO - PB

36994

04/04/2016

7003781

PB Nº 012650268591 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
RAC DPVAT 1500 022 1504

2016 04/04/2016

1 92919952404

0X07273/PB

01082577755 HONDA/CG 160 FAN ESDI

2016

9

9C2KC2200GR119553

PREMIO TARIFARIO

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

SEGURO

PAGO

\*\*\*\*\*

01/04/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.045.000/0001-05  
www.seguradoraliderdpvat.com.br

7003781-1513427-20160404

JUN-2016

SINCOR/PB

14 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL





EDYANA MONTEIRO

ADVOCACIA E CONSULTORIA JURIDICA

## PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA"

### OUTORGANTE:

**SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES**, brasileira, casada, agricultora, portadora do RG nº 2.286.872 e CPF 050.510.794-58, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Satélite, Mamanguape/PB. CEP: 58.280-000.

SINCOR/PB

14 JUN. 2018

### OUTORGADO:

**EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA**, brasileira, casada, OAB/PB 17.061 com escritório estabelecido à Rua Presidente João Pessoa, nº 102-A, Centro, Mamanguape/PB, CEP 58280-000, e-mail: [edyana-monteiro@hotmail.com](mailto:edyana-monteiro@hotmail.com), fone: (83) 98600-0405.

### PODERES:

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes amplos e ilimitados para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER, ou perante qualquer juízo instância ou tribunal, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, inclusive representar em qualquer instituição financeira, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar prestar declarações, receber citação, subestabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, receber, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

2º Cartório  
Mamanguape-PB

Mamanguape(PB), 03 de Maio de 2018.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Sueli Francisca do Nascimento Paes

OUTORGANTE

2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES

Dou fé. Mamanguape/PB - 03/05/2018

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital: AGV39108-9N8H

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

Emol R\$9,48 Farpem R\$0,28 MP R\$0,15 Fepj R\$1,90



(83) 9.8600-0405 | (83) 9.9916-7624 | [edyana-monteiro@hotmail.com](mailto:edyana-monteiro@hotmail.com)

Rua Presidente João Pessoa, N°102-A | Centro | 58.280-000 | Mamanguape | Paraíba



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 12:40:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612403740300000031571903>

Número do documento: 20080612403740300000031571903

Num. 32977521 - Pág. 19