



Número: **0800081-36.2021.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IDELTONIO RAMOS DE LIMA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39086627	04/02/2021 11:19	<a href="#">2782258_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **IDELTONIO RAMOS DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180151791**

Vitima: **IDELTONIO RAMOS DE LIMA**

Data do Acidente: **16/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180151791**.

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 12619145

Pag. 01303/01304 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: IDELTONIO RAMOS DE LIMA  
Nº Sinistro: 3180151791  
Vítima: IDELTONIO RAMOS DE LIMA  
Data do Acidente: 16/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180151791**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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: 00693/00594 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060297

Carta nº 12713997



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IDELTONIO RAMOS DE LIMA

Nº Sinistro: 3180151791  
Vitima: IDELTONIO RAMOS DE LIMA  
Data do Acidente: 16/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180151791**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/01/2018**. 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. 00715/00716 - carta\_04 - INVALIDEZ



00040368

Carta nº 13081156





**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 ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: 017.070.894-26 Nome completo da vítima: Ideltonio Ramos de Lima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>Ideltonio Ramos de Lima</u>		CPF titular da conta <u>017.070.894-26</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Sítio Pagaço</u>		Número <u>511</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Área rural</u>	Cidade <u>São José de Caiana</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.784-000</u>
Email <u>rentas_assessoria@hotmail.com</u>		Telefone (DDD) <u>83 999471520/996978811</u>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUSO INFORMAR     
  SEM RENDA     
  ATÉ R\$ 1.000,00     
  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     
  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00     
  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00     
  ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)   
  BANCO DO BRASIL (001)   
  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. <u>2176</u>	D/V <u>8</u>	CONTA NRO. <u>34435</u>	D/V <u>4</u>
Banco		NRO	
AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	
D/V		D/V	

(Informar dígito se existir)

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

Steporanga 22 de Janeiro de 2018.  
Local e Data



Ideltonio Ramos de Lima  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0051/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **16/01/2018** hora: **17:30 HORAS**

Local do fato: **São José de Caiana-PB**

Sob responsabilidade da Autoridade Policial: **Darcinaura Alves de Assis.**

**Notificante: IDELTONIO RAMOS DE LIMA**, alcunha "**xx**", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Conceição-PB, idade: xx anos, nascido em 02/06/1992, cor/raça: Parda, Estado Civil: Casado, Profissão: Agricultor, Escolaridade: fundamental, documento: RG 57364309 SSP/SP, filiação: Antonio Gomes de Lima e de Luiza Bezerra Ramos, endereço: Sitio Lagoa Zona Rural São José de Caiana-PB, referência: xx.

**Vítima: O NOTIFICANTE**, alcunha "**xxx**", Nacionalidade: , naturalidade: , idade: anos, nascido em / / , cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: xx, Escolaridade: \*\*\*, documento: , filiação: e de , endereço: Rua , referência: \*\*.

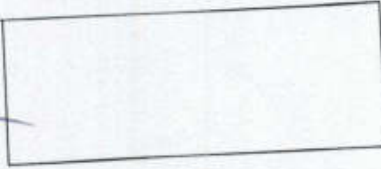
**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: que na data e hora acima citada, o notificante disse que quando vinha para sua casa na cidade de São José de Caiana-PB **AI SE COLIDIO COM UM ANIMAL Bezerro** que tinha saído de dentro do mato um Bezerro era novo que ficava atravessando de lado para o outro na estrada de terra, que o notificante disse que se levantou e saiu para a sua casa e depois foi para o Hospital de São José de Caiana-PB **E FOI TRAZIDO PELO samu DA CIADDE DE Caiana até o Hospital Distrital Dr. José Gomes da Silva em Itaporanga-PB** que quebrou sua cavicula, a sua motocicleta era uma **HONDA/CG 150 FAN ESDI**, gasolina, ano 2010/2011, cor Preta, placa **NQK-2587-PB**, chassi nº **9C2KC1680BR309380** de propriedade do senhor **FRANCISCO GILMARCOS DA SILVA**. Nada mais a consignar.  
As 11: 50 horas, Itaporanga, 22 e Janeiro de 2018.

*Ideltonio Ramos de Lima*  
 Notificante  Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro:

Sergio Luiz de Sousa  
Mat 137.327-7



COMPREV SEQUINTE E PREVID... 317  
03 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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: Ideltonio Ramos de Lima      CPF da Vítima: 017.070.894-26      Data do Acidente: 16/01/2018

<b>REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA</b>	
Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)
<u>seitas.assessoria@hotmail.com</u>	<u>83) 999471520/996978811</u>

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

03 ABR. 2018  
AG. JOÃO PESSOA  
PROCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Itaperanga, 22 de Janeiro de 2018.  
Local e Data

Ideltonio Ramos de Lima  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

nAL1.001 V001/2017





SIIS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.288.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183 MUNICIPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: IDELTONIO RAMOS DE LIMA

Raça/Cor: PARDA

DI Nasc: 02/06/1992 Idade: 25 ano(s) meses) de idade dias) da idade Sexo: M

Mãe: LUIZA BEZERRA RAMOS Documento: 57364309

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: SÍTIO LAGOA

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - IBGE: SAO JOSE DE CAIANA - PB - 58794000 - 251430

Telefone para contato (83) 9684-9906

Data e Hora da Impressão da ficha: 16/01/2018 19:50:53

PESO: \_\_\_\_\_ PA: *160 kg* SSVV: *99 kg* TEMP: *36,9°C*

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Exame físico normal. Sem alterações.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. *Medicamento Prop 787*

2. *Medicamento Prop 787*

3. *Medicamento Prop 787*

4. *Medicamento Prop 787*

1. - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

2. - URGÊNCIA Hora de atendimento do paciente pelo médico: \_\_\_\_\_

3. - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

4. - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

5. - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO:  RESIDÊNCIA  INTERNAÇÃO  OUTROS

MEDICAÇÃO:  1. PRESCRITA  OBSERVAÇÃO  OUTRO HOSPITAL  ORBITO

2. APLICADA

SERVIÇOS REALIZADOS. CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1.									
2.									
3.									

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIÓTIPO

MÉDICO - CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

*X* ASS. DO REVISOR TÉCNICO *Caribbeo*

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO *Caribbeo*

PROTÓCOLO  
03 ABR 2018  
MAG. JOÃO PESSOA

RECEPCIONISTA: *Caribbeo*





JOSE VICENTE DE ARAUJO  
SIT LADIA, SW - AREA RURAL  
SAO JOSE DE CAMAQUARI - PE CEP: 59794300 (AO 154)



Emissão: 20/11/2017 Referência: Rev 1 2017  
Classe/Subjects: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO (R220, Rm25 - Cntr Residencia - Jabo Pnoca) / PE - CEP 59071-690  
Rotam: 18 - 180 - 909 - 1840 Nº medidor: 00096220158

ENERGISA PARA-BA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
CNPJ: 09.096.183/0001-40 Insc Est: 18.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001 401 737  
Cod. par Deb. Automático: 0000910153

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	30/11/2017	29/12/2017	21886090453 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/591015-3

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -  
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELETORES QUE ANDA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL DO POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 20/11/2017 PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTÓGRAFO, CADERNETO ANTE DE RESID. DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL. SE HOUVER EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTE O SITE WWW.TRE-PE.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1331.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 31/10/17 Leitura: 5525	Data: 30/11/17 Leitura: 5642	1	118	32

Demonstrativo

CC1	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Coef. Ajust.	Valor RFB	Base Calc. Pto.RB	Coef. RFB	
0801	Consumo em kWh	119,000	0,314980	37,44	0,00	0,00	37,44	0,90	
0801	Adc. B Verbetes			0,29	0,00	0,00	0,29	0,00	
0610	Subsídio			18,91	0,00	0,00	18,91	0,25	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0604	JUROS DE MORIA 09/2017			0,20	0,00	0,00	0,20	0,00	
0805	MULTA 09/2017			0,58	0,00	0,00	0,58	0,00	
0906	Devolução Subsídio			-17,51	0,00	0,00	0,00	0,00	

CC: Código de Classe/Tipo de Tarifa TOTAL 52,70 0,00 0,00 49,4 0,00 4,34

Média últimos meses (kWh) 194  
**VENCIMENTO 07/12/2017**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 52,70**

Histórico de Consumo (kWh)

120	117	88	74	61	151	221	282	214	277	15	45
Out/17	Sem/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	17/18	Nov/18

RESERVADO AO F. ICCO  
f5d3.aef0 b402 ba87.2d54.81c7.39bb.b72a

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIÁRIOS	1,94	0,00	NORMAL
DIÁRIOS ESTATAIS	23,00		
DIÁRIOS	47,00		
SEMANAIS	7,50	0,00	CONTRATADA
SEMANAIS ESTATAIS	19,70		LIMITE INTERIOR
SEMANAIS	39,40		LIMITE SUPLENTO
DIÁRIOS	18,00	0,00	
DIÁRIOS	18,00		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Remuneração do Distribuidor	18,25	34,63
Consumo de Energia	23,57	44,71
Serviços de Transmissão	2,49	4,72
Encargos Setoriais	4,30	8,14
Impostos, Contribuições e Serviços	6,99	13,26
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>52,70</b>	<b>100,00</b>

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV SECURIS E REIND...  
03 ABR. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
 RUA MANOEL PEREIRA CANA, 58 - CENTRO  
 ITAPORANGA / PB CEP: 58780000 (AG: 194)

**ENERGISA**  
 ENERGISA PARANA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br200, Km 25 - Cxelo Radestor - João Pessoa / PB - CEP 56071-600  
 Roteiro 7 - 154 - 25 - 3880 Nº medidor: 00008205001 CNPJ: 00.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.007.556  
 Cód. para Dth Automático: 0000021834

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	09/02/2018	14/03/2018	3924706409 Insc. Est.

**UC (Unidade Consumidora):** 5/27663-4

**Canal de contato**

- Laveu choque no chuveiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. De um banho de segurança.
- Chathe os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e chikungunya! Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/07/18	8894	09/02/18	9999	1	78	20

**Demonstrativo**

Cod	Descrição	Quantidade	Taxa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alíq. (R%)	Base Calc. (R\$)	Porcentagem (R%)	Valor (R\$)
0001	Consumo em kWh	75.000	0.720230	54.01	54.01	25	12.50	54.01
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							0.00
0007	CONTRIBUIÇÃO ELM PÚBLICA			8.16	0.00	0	0.00	0.00
0004	JUROS DE MORA 01/2018			0.99	0.00	0	0.00	0.00
0005	MULTA 01/2018			0.98	0.00	0	0.00	0.00

COMPREV SEGURANÇA E REVID...  
 03 ABR. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA





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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ideltânio Ramos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.070.894 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Ideltânio Ramos de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.070.894 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

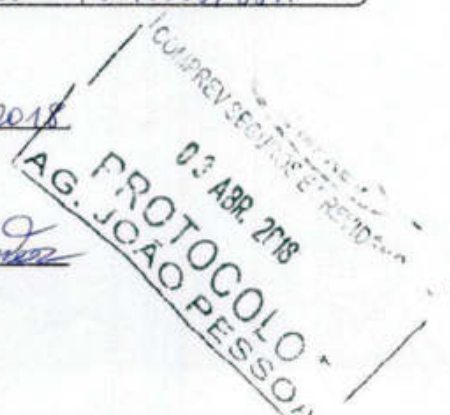
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaporanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>santas.assessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83/999477520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>

Itaporanga de 22 de Janeiro de 2018  
Local e Data

X Edilson Rodrigues dos Santos  
Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Francisco Gilmarcos da Silva

RG nº 3.831.048-29, data de expedição 20 / 02 / 2013, órgão SSDS/PB

Portador do CPF nº 092.979.354-43, com domicílio na cidade de

São José de Caiana, Estado de Paraíba, Onde resido

na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Condado

\_\_\_\_\_, nº SN, complemento área rural declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

Vítima: Ideltonio Lamas de Lima

cujo condutor era: o mesmo

Veículo: moto

Modelo: Hondal'G 150 Jan ESDI

Ano: 2010/2011

Placa: NQK 2587/PB

Chassi: 9C2K61680BR309380

Data do Acidente: 16/01/2018.

Local e Data Itaporanga/PB, 01/03/2018.

X Francisco Gilmarcos da Silva

Assinatura do

**CARTÓRIO JOSÉ BARRIOS SOBRINHO**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS  
R. SÉLIO MOREIRA TORRES, 80 - CENTRO - ITAPORANGA - P.B. CEP: 51105-000

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de FRANCISCO GILMARCOS DA SILVA.

ITAPORANGA/PB, 1 de março de 2018.  
Em testº Meu da verdade  
Mº do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital - AGN26331-ZQHP  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

03 ABR. 2018  
AG. JOÃO PESSOA  
PROCOLO

1º OFÍCIO DE NOTAS  
ITAPORANGA - P.B.



SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.258.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: IDELTONIO RAMOS DE LIMA

Raça/Cor: PARDA

DI. Nasc: 02/06/1992 Idade: 29 anos(s) meses de idade dias de idade Sexo: M

Mãe: LUIZA BEZERRA RAMOS

Profissão: AGRICULTOR Documento: 57364309

Endereço: SÍTIO LAGOA Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Município-UF - CEP: - IBGE: SAO JOSE DE CALANVA - PB - 58784000 - 251430

Telefone para contato: (83) 8684-9906 CANS: 700703934505579 CADASTRO

Data e Hora da impressão da ficha: 20/01/2018 13:24:29 313775

PESO: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_  
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Nome, Obv. M. de, P. Qual do caso - Se - H. O y de*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

*Praca 3 m de*

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

- 1. \_\_\_\_\_
  - 2. \_\_\_\_\_
  - 3. \_\_\_\_\_
  - 4. \_\_\_\_\_
- 01 - ELETIVO CARATER DO ATENDIMENTO
- 02 - URGENCIA Hora de atendimento do paciente pelo médico: \_\_\_\_\_
- 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- 04 - ACIDENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO
- 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
- PROCEDIMENTO - descrição: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

*Praca Obv. M. de*

CID-10: \_\_\_\_\_

- MEDICAÇÃO:
- 1. PRESCRITA
  - 2. APLICADA
- ENCAMINHAMENTO:
- OBSERVAÇÃO
  - RESIDENCIA
  - OUTRO HOSPITAL
  - OBITO
  - INTERNACAO
  - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S): (CARIMBOS)

MÉDICO - CRM  
FERNANDO JUCA / CRM5332

ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO

03 ABR. 2018  
AG. PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

RECEPCIONISTA: FDI







ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS)

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA  
CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CNPJ: 08.778.268/0018-09  
ENDEREÇO: AV. OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO  
BAIRRO: CENTRO CEP: 58.780-000  
MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: 1 debruado de sequeira IDADE: \_\_\_\_\_  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
DATA DO NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CARÁTER DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DADOS CLÍNICOS:

fratura clavícula D

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Análise do  
ortopedista


CID - 10

PROFISSIONAL:

CBO	CNS	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:
-----	-----	---------------------------------------

ASSINATURA DO PACIENTE:

OU POLEGAR DIREITO:

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

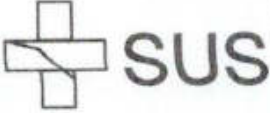

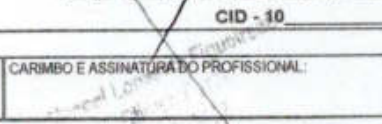

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

03 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





1005

		 <p>ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA</p>	
<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)</b>			
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS)			
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA			
CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204		CNPJ: 06.778.268/0018-09	
ENDEREÇO: AV. OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO			
BAIRRO: CENTRO		CEP: 58.780-000	
MUNICÍPIO: ITAPORANGA		ESTADO: PARAÍBA UF: PB	
PACIENTE			
NOME: <u>Aeltonne Romoz de Lima</u> IDADE: <u>25 anos</u>			
PROFISSÃO:		DOCUMENTO:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CEP:	
MUNICÍPIO:		ESTADO: UF:	
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:		CNS:	
DATA DO NASCIMENTO: <u>  /  /  </u>		DATA DO ATENDIMENTO: <u>16/01/18</u>	
CARÁTER DO ATENDIMENTO:		RAÇA/COR: SEXO:	
DADOS CLÍNICOS:			
MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS:		CID - 10	
<u>Ex. Citologia</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	
_____		<input type="checkbox"/>	
_____		<input type="checkbox"/>	
_____		<input type="checkbox"/>	
_____		<input type="checkbox"/>	
_____		<input type="checkbox"/>	
PROFISSIONAL:			
CBO	CNS	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:	
			
ASSINATURA DO PACIENTE:			OU POLEGAR DIREITO:
			
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO	

COMPREV SEC. JUS ET REVIDA  
03 ABR. 2018  
PROCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Dr. Philippe Figueiredo  
CRM – 10513 PB  
Clínica Geral

**RELATÓRIO MÉDICO**

O paciente Joeltonio Santos de Viana foi vítima de acidente de moto no dia 16 de janeiro de 2018, com fratura fechada em clavícula direita. Feita imobilização em gesso por sessenta dias. No exame físico diminuiu em abas em ambos os braços, data 20 de abril de 2018

Itaporanga, 29/06/18

Philippe W.S. de Figueiredo  
MÉDICO  
CRM PB 10513

Dr. Philippe Figueiredo  
CRM 10513 - PB



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1197944230  
 VALIDA EM TODOS  
 OS TERRITORIOS NACIONAIS

1197944230

Nome: IDELTONIO RAMOS DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / CNH, EPICADOR / UF: 57364309 SSP/SP

CPF: 017.070.894-26 DATA NASCIMENTO: 02/06/1992

Matrícula: ANTONIO GOMES DE LIMA  
 LUIZA BEZERRA RAMOS

PROFISSÃO: [ ] SEC: [ ] CAT. HABIL: 2D

NO. RENOVACAO: 05919245749 VIGENCIA: 19/01/2021 1ª HABILITACAO: 31/10/2013

Observações: EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

*Ideltonio R Lima*  
 Assinatura do portador

LOCAL: ARTUR NOGUEIRA, SP DATA EMISSAO: 19/02/2016

*Daniel Amador*  
 Daniel Amador Diretor Presidente do Detran/SP  
 Assinatura do Diretor

28136480111  
 SP002148867

PROBIBO PLASTIFICAR  
 1197944230

DETRAN - SP (SAO PAULO)

COMPREV SEÇÃO DE ET REVIDEN  
 03 ABR. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 15 de Novembro de 1988  
 CONSTITUIÇÃO DO BRASIL  
 LEI Nº 11.908 DE 1966  
 DO REGISTRO NACIONAL DE VEÍCULOS AUTOMOTORES

PERNAMBUCO

NOME: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UP: **5652161 SSP PE**

CPF: **039.347.066-09** DATA NASCIMENTO: **13/04/1978**

FILIAÇÃO: **ADELSON DOS SANTOS**  
**ODETE RODRIGUES DA SILVA**

PERMISSÃO: **00000000000000000000** ACC: **0000000000** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **04119219971** VALIDADE: **20/06/2022** HABILITAÇÃO: **14/06/2007**

OBSERVAÇÕES:

*Edilson Rodrigues dos Santos*

LOCAL: **SERRA TALHADA, PE** DATA EMISSÃO: **21/06/2017**

ASSINATURA DO EMISSOR: *Cláudio Antônio Sousa Alencar*  
 Diretor Presidente  
 32584580787  
 78075781306

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR 1424948517

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1424948517

DETRAN CONTRAN

COMPREVEÇU REE REVIDADO JJA

03 ABR. 2018

PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - PB Nº 013176753658  
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
 Nº 20171000003146-9  
 COD. RENAVAM 0027158255-3  
 ANO 2017

FRANCISCO GILMARCOS DA SILVA  
 09297935443  
 NOVO PB 9C2KC1680BR309380  
 ALCO/GASOL

PAS/MOTOCICLETA/NAO APIC  
 2010 2011  
 HONDA/CG150 FAN ESDI  
 PRETA

2 P/149 /CI PARTIC  
 1\* 2\* 3\*  
 IPVA PAGO EM 00/00/0000  
 PAGO 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000  
 PAGO 0  
 DATA DE PAGAMENTO 26/06/2017

SEKRA GRANDE-PB  
 42005  
 19/07/2017  
 31054

**PB Nº 013176753658 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

09297935443  
 2017 19707/2017  
 NQK2587/PB

00271582553  
 2010 9  
 HONDA/CG150 FAN ESDI  
 9C2KC1680BR309380

PREMIO TARIFARIO  
 PAGO  
 DATA DE QUITACAO 26/06/2017

SEGURO  
 31054-0935042-20170719

SEGURO LIDER - DPVAT  
 9102-230

03 ABR. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180151791 **Cidade:** São José de Caiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IDELTONIO RAMOS DE LIMA **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO ENCAMINHAR O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA, FOLHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE COM A RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA. EM CASO DE CIRURGIA, ENCAMINHAR FOLHAS DE SALA DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM do médico:** 52.45228-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180151791 **Cidade:** São José de Caiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IDELTONIO RAMOS DE LIMA **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS 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

### PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.52099-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Karla Souza*



**PROCURAÇÃO PARTICULAR:**

**OUTORGANTE:**

Nome: Ideltonio Ramos de Lima

Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado

Profissão: Agricultor

Identidade: 57.364.309 / CPF: 017.070.894-26

Endereço: Sítio Lagoa, S/N, área rural, São José de Caiana/PB.

**OUTORGADO:**

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.0674-09

Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga/PB.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Ideltonio Ramos de Lima

Local e data: Itaporanga/PB, 01/ março / 2018.

X Ideltonio Ramos de Lima

**CARLOS JOSE BARRIOS BOBRINHO**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - OFÍCIO DE NOTAS  
R. SETE-DE-ABRIL, 30 - CENTRO - ITAPORANGA/PB - CEP: 51100-000 - PB

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de IDELTONIO RAMOS DE LIMA  
ITAPORANGA/PB, 1 de março de 2018.

Em test\* [assinatura] da verdade  
Mº do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital - AGN26330-GATP  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



COMPRÉVESE CUIRRES ET REV. DE...  
03 ABR. 2018  
AG. JOÃO PESSOA  
PROTOCOLADO

