

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2016

Carta nº: 9045184

A/C: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Sinistro: 3160263228 ASL-0858345/16
Vitima: SERGIO OTAVIO DE SOUZA
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSELHA PEREIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2016

Carta nº: 9045185

A/C: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Sinistro: 3160263228 ASL-0858345/16
Vitima: SERGIO OTAVIO DE SOUZA
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2016

Carta nº: 9048210

A/C: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Sinistro: 3160263228 ASL-0858345/16
Vitima: SERGIO OTAVIO DE SOUZA
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSELHA PEREIRA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2016

Carta nº: 9048211

A/C: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Sinistro: 3160263228 ASL-0858345/16
Vitima: SERGIO OTAVIO DE SOUZA
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta nº 9963160

a/c: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Sinistro: 3160263228 ASL-0858345/16
Vitima: SERGIO OTAVIO DE SOUZA
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSELHA PEREIRA DA SILVA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta nº 9963161

a/c: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Sinistro: 3160263228 ASL-0858345/16
Vitima: SERGIO OTAVIO DE SOUZA
Data Acidente: 22/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Bergio Henrique de Souza
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3103158 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 24/03/03 E
 CPF 063136444-76 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ pequena (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o infante acima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00077345-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. Pereira 08 de abril de 2016
 LOCAL E DATA

Josefina Pereira da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DOCUMENTO 1 *T10*



UANA SEGUROS
 26 ABR 2016

94721



ARUANA SEGUROS
26 ABR 2016



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº. 0044/2016

Aos 31 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MATARACA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo, escrevã (o) abaixo assinado, aí, por volta 08h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SERGIO OTAVIO DE SOUZA, conhecido por **SERGIO**, Identidade nº 3.103.158-SSP/PB, CPF nº 063.136.444-76, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho (a) de Antonio Otavio De Souza E Leonilda Maria Da Conceição., natural de Mamanguape-PB/ nascido (a) em 06/10/1979 (36 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Sítio Imbiribeira, s/nº, Mamanguape-PB, tendo como ponto de referência: Perto da entrada de Camaratuba, na cidade de Mamanguape-Pb, fone(s) para contato: (83) 9816.1166.

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 Moto
- 2) DATA DO FATO: 22.03.2015
- 3) HORÁRIO: 06.00 horas
- 4) LOCAL: BR 101 – Trevo de Mataraca.

BREVE RESUMO: Que sofreu um acidente na sua motocicleta de marca Honda/CG 125 FAN KS, placa NQB 7353/PB, RENAVAL 45690755-6, cor vermelha, ano 2012/2012, tendo sofrido trauma facial, ferimento corto-contuso frontal e escoriações, conforme Laudo Médico. O noticiante foi socorrido pelo SAMU para o hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa.

6) OBSERVAÇÕES:

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



SERGIO OTAVIO DE SOUZA
Comunicante

Paulo de Fátima Corrêa Dias de Araújo
Escrivão Ad doc- Matr 989.1916



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Sergio Otavio de Souza, portador da carteira de identidade nº 3183158 e inscrito no CPF/MF sob o nº 063.136.444-76, residente e domiciliado na Rua Pato Dagua Brisa, 12/11 - Area Rural CEP: 58280-000 Cidade Mamanguape Estado PB declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Josefa Pereira da Silva

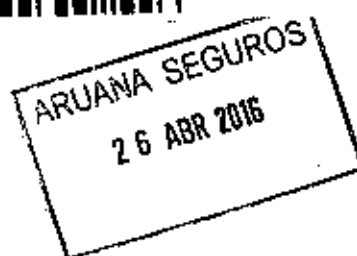
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



João Pessoa, 08 de Abril de 2016

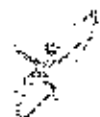
Local e data

DOCUMENTO 3 "T3%"



COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

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	SÉRGIO OTÁVIO DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	06/10/79
NOME DA MÃE	NÃO INFORMADO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	86.891
BOLETIM DE ENTRADA N.º	823.301
DATA DO ATENDIMENTO	22/03/15
HORA DO ATENDIMENTO	08:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE GRAVE
CID 10	S06.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada deste Hospital. Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, inconsciente, apresentando desconforto respiratório. Abdomen sem queixas. Glasgow 03. Presença de trauma facial, ferimento corto-contuso frontal, escoriações. Imagens radiológicas sem sinais fraturas. Paciente entubado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RESULTADOS DOS EXAMES:

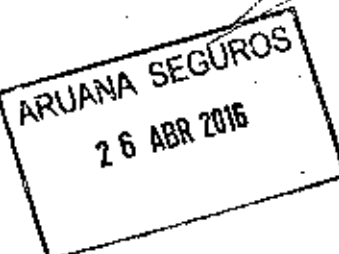
TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	29/03/15
DATA DA EMISSÃO:	07/03/16

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





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sergio Otavio de Souza

RG nº 3103158, data de expedição 24/03/03, Órgão SSP/PB

CPF nº 063.136.444-76, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Pato D'agua Fria</u>
Número	<u>12/17°</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Momanguaçu</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58880-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99816-4166 / 99961-6017</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 08/04/2016

Assinatura do Declarante: Josefina Pereira da Silva



JOSEILMA FERREIRA DA SILVA
SITIO PÃO DO AZUL, S/N - AREA RURAL
MAMANGUAPE/PB CEP: 58200-000 (AO: 14)

Chave/Subsc. RESIDENCIAL; BOMBA FUNDAMENTO; 02 FASES DO
Roteiro: 12 - 14 - 169 - 34 15
Nº medidor: 00008778490
Ref. 15/03/2016
Emissão: 18/03/2016

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Estrada km 25 - Cont. Refer. - J. Na Pessoa/PB - CEP 56071-030
CNPJ nº 04.955.859/0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-6

Neto: 100% de Energia Elétrica: 7500,570 kWh
Código para D.C. Automático: 0001724597

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1774149-7

Mar / 2016

Canal de contato

Apresentação

Carta Solicitação de Energia Elétrica - 1998, alterada pela Lei nº 10.438, de 27 de março de 2002

18/03/2016

Data prevista da próxima leitura

18/04/2016

CPF/CNPJ/RANI

4524700460

Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/03/2016 PAGAS
OBRIGADO!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/03/16	52	18/03/16	119	1	67	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 30 kWh-BR	30	0,14463	4,33
Consumo - 37 x 100 kWh-BR	07	3,24794	9,17
Adc. E. Vermelha			0,28
Adc. E. Amarela			0,28
Substit.			15,24
ICMS			10,87
PTS			0,47
COFINS			2,18

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Histórico de Consumo (kWh)

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	0,60
Dedução de horas	-15,24

Fev 18 52

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	42,88	25,00	10,67
PIB	42,88	1,1100	0,47
COFINS	42,88	5,0000	2,16
VENCIMENTO			TOTAL A PAGAR

28/03/2016

R\$ 34,35

Média dos últimos meses
52 kWh

c0cd.514e.515d:8858.ff33.a618.76e1.52e4

Indicadores de Qualidade 1/2016 - Paraná

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Classificação	Valor (R\$)	%
DIO MENSAL	14,00	0,00	NOMINAL 230	Serviços de Det. e Manutenção	10,49	21,17
DIO TRIMESTRAL	27,97			Atividade Elétrica	14,76	28,78
DIO ANUAL	55,94		CONTRATADO 202	Serviço de Transmissão	0,32	1,15
FIC MENSAL	9,20	0,00		Enchimento de Linhas	3,72	6,99
FIC TRIMESTRAL	18,54		LIMITE INFERIOR 202	Imposto Oligod. e Encargos	20,28	40,79
FIC ANUAL	37,08			Obras Elétricas	0,00	0,00
SMC	1,50	0,00	LIMITE SUPERIOR 231	Total	48,89	100,00
QCM	15,80					

Valido EUSG (Ref. 1/2016) R\$ 0,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Boa Fidei, liberando desconto de R\$ 15,24
- Leitura confirmada

PARANÁ SEGUROS
26 ABR 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joselma Pereira da Silva
RG nº 2450758, data de expedição 07/04/00, Órgão SSP/PB

CPF nº 045.247.004-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sít. Pto D'agua Fria</u>
Número	<u>517</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Mamanguape</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99816-4166 / 99961-6017</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Joselma Pereira, 08/04/2016.

Assinatura do Declarante:

Joselma Pereira da Silva



JOSELMA FERREIRA DA SILVA
SIT PATO D'ÁGUA FRIA, SN - ÁREA RURAL
MAMANGUAPE / PB CEP: 58280-000 (AB 14)

Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDIMENTO BÁSICO
Roteiro: 11 - 24 - 168 - 2415
Número de medidor: 00008770880
Referência: Mar/2016
Emissão: 16/03/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Km 25 - Grupo Pedra Branca - J. 300 Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.036.189/0001-40 Ins. Est. 18016.823-6

Nota fiscal emitida pela Energisa N° 000.828.039
Código para Cálculo Automático: 0001774149-7

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1774149-7

Mar/2016

Canal de contato

Apresentação

• Junta Sindical de Energia Saneamento - TSEB fundada pela Lei nº 10.438, de 25 de agosto de 2002

18/03/2016

Data prevista da próxima leitura

18/04/2016

CPF/CNPJ/RANI

4524700480
Ins. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/03/2016 PAGAS
OBRIGADO!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/02/16	52	18/03/16	119	

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh - BR	30	0,14453	4,33
Consumo - 31 a 100 kWh - BR	37	0,24794	9,17
Adic. B Vermelha			0,38
Adic. B Amarela			0,29
Subsídio			15,24
ICMS			10,87
PIS			0,47
COPINS			2,16

Histórico de Consumo (kWh)

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA
Devolução Subsídio

Fev/16 52

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	42,89	25,00	10,87
PIS	42,89	1,100	0,47
COPINS	42,89	5,030	2,16

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses
52 kWh

28/03/2016

R\$ 34,35

c0cd.514e.515d.8858.ff33.a618.76e1.52e4.

Indicadores de Qualidade 1/2016 - Mensal

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIM MENSAL	14,00	0,00	NOMINAL 220
DTT TRIMESTRAL	27,97		
DIA ANUAL	55,84		
FIC MENSAL	6,20	0,00	CONSTATADA 207
FIC TRIMESTRAL	18,54		
FIC ANUAL	25,08		
DMC	7,60	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
ODCR	18,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Grupos de DDI da Energisa PB	10,49	21,17
Compra de Energia	14,76	28,78
Perdas de Transmissão	0,82	1,85
Encargos Setoriais	3,32	6,89
Impostos Diretos e Encargos	20,20	40,78
Dutos Setoriais	0,00	0,00
Total	49,69	100,00

Valor do USD (Ref 1/2016) R\$ 0,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 15,24
- Leitura confirmada

GUARANA SEGUROS
26 ABR 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SIMONE CRISTINA RICARDO HARA,

RG nº 048.032.523-15, data de expedição 27/02/2014, Órgão DETRAN/PR,

CPF nº 075.400.659-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA NEVADA
Número	670
Apto / Complemento	
Bairro	QUEBEC
Cidade	LONDRINA
Estado	PARANÁ
CEP	86060-238
Telefone de Contato	(43) 3031-2323 / (43) 3031-2327
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Londrina 13/04/16

Assinatura do Declarante: Simone C.R. HARA



**COPEL**

COPEL TELECOMUNICAÇÕES S.A.
 RUA JOSÉ IZIDORO BIAZZETTO, 156 - MOSSUNGUE
 CNPJ: 04.186.565/0001-08 - IE 9023309928 - IM 4236729

www.copel.com
 0800 414181

REVISÕES CANTONI LTDA
 R NEVADA, 670
 QUEBEC
 86000238 LONDRINA-PR
 CPF/CNPJ: 09.034.854/0001-63
 IE: ISENTA IM:
 Classe Usúria: Não Residencial

Período de Referência

18/09/2015 a 15/10/2015

Nº de Identificação

314999-4

Vencimento

01/11/2015

VALOR

R\$ 1.462,38

DOCUMENTO DE COBRANÇA Nº 14768519
 Emitido em 16/10/2015

Serviço IP Direto - Garantia de 100%
 Transporte de Acesso a Serviços Estendida

Descrição dos Produtos

Débito R\$	Crédito R\$
877,43	0,00
584,95	0,00

MATERIA

Internet MATERIA, outubro/16.

VALOR A PAGAR

Banco do Brasil | 001-9 |

00199.46565 40000.000006 14768.519218 3 65990000 146238

1.462,38

Cal de pagamento

OS VENCIMENTOS PAGAVEIS SOMENTE EM AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL

deno

PEL TELECOMUNICAÇÕES S.A.

a de Documento

nº de Documento

Espécie do

Acéto

Data de Processamento

Vencimento

Agência/Cod. Cedente

Nosso Número

do Banco

Carteira

Espécie

Quantidade

Valor

(-) Valor do Documento

(-) Outros Acréscimos

(-) Descontos/Abatimentos

(-) Outras Deduções

(-) Mora Multa

(-) Valor Cobrado

ações:

Este aceitar pagamento do valor e vale do documento.

Nas datas por este no pagamento e não cobrados na próxima fatura.

ido

ISOES CANTONI LTDA
 VADA 670 QUEBEC LONDRINA PR
 80218

Assinatura / Ficha de Compensação



ARUANA SEGUROS
 26 ABR 2016



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Josepha Pereira da Silva
portador(a) do RG nº 2.450.458, expedido por SSP/PB, em
07/10/100, CPF/CNPJ nº 045.237.004-80, na qualidade
de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Gerardo Otávio de
Souza do sinistro de DPVAT da natureza Imortalidade
da vítima Gerardo Otávio de Souza, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Agricultora Renda Mensal: R\$ Doze mil - 12

Documentos comprobatórios: _____

Josepha Pereira da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 045.247.004-80

Nome da Pessoa Física: JOSELHA PEREIRA DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:58:06**; do dia **15/04/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **AAAB.97F2.374F.F24E**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **SIMONE CRISTINA RICARDO HARA**, portador(a) do RG

nº 048.032.523-15, expedido por DETRAN-PR, em 27/02/2014, CPF/CNPJ nº

075.400.659-07, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário

(a) Josefa Pereira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza unilateral da vítima

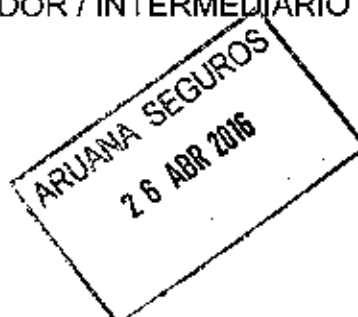
Guilherme Otávio de Souza, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **Auxiliar Administrativo**

Renda Mensal: R\$ **RECUSOU-SE**

Documentos comprobatórios: _____

Simone C.R. HARA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





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	SÉRGIO OTÁVIO DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	06/10/79
NOME DA MÃE	NÃO INFORMADO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	86.891
BOLETIM DE ENTRADA N.º	823.301
DATA DO ATENDIMENTO	22/03/15
HORA DO ATENDIMENTO	08:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE GRAVE
CID 10	S06.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada deste Hospital. Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, inconsciente, apresentando desconforto respiratório. Abdomen sem queixas. Glasgow 03. Presença de trauma facial, ferimento corto-contuso frontal, escoriações. Imagens radiológicas sem sinais fraturas. Paciente entubado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	29/03/15
DATA DA EMISSÃO:	07/03/16

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

ARUANA SEGUROS
26 ABR 2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Silvio Otavio de</u>		Registro: <u>5043-023301</u>	
Idade: <u>33</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clínica: <u></u>
Data de admissão: <u>22.03.15</u>		Data da alta: <u>29.03.15</u>	
Diagnóstico inicial: <u>CE</u>			
Diagnóstico final: <u>LAD</u>			
Outros diagnósticos: <u></u>			
Principais exames: <u>AC Camio Pneumocistose - PC</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u></u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>Sintomáticos</u>			
Anatomia patológica: <u></u>			
Infecção: sim () não ()		Coleta de material: sim () não ()	
Resultado bacteriológico: <u></u>			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Resolução Cefálica</u>			
Dieta: <u>Genal</u>		Orientações Pós Alta	
Repouso: <u>60</u> dias.			
retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>Hidantol</u>			
Retorno: <u>HUP</u> <u>4º</u> <u>15</u>			
Ao posto de saúde em <u></u>		para retirada de ponto.	
Ao ambulatório <u></u>		em 30 dias para revisão.	
João Pessoa: <u>29</u> de <u>03</u> de <u>15</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Av. Orestes Lisboa, s/n - CEP 58031-090 - Conjunto Pedro Gândin

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
do(a) Sr.(a) Silvia Cláudio R. Souza
portador(a) da identidade RG _____
que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia
de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S06, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades labo-
rativas por um período de 60 (Sessenta)
dias, a partir desta data.

João Pessoa, 25/03/15

Assinatura e Carimbo do Médico

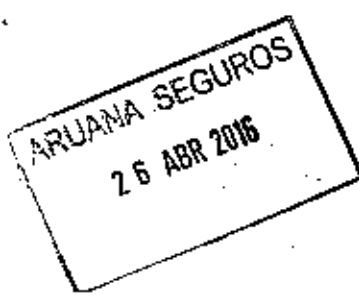
Dr. Nivaldo Carlos Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB: 6800

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo _____ o(a)
Dr.(a) _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
nesse atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª Via Paciente - 2ª Via Anexa ao Prontuário de Atendimento





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE			
Nome Completo: <u>Gustavo Gustavo Patriota</u>			
CRM:	<u>6800</u>	UF:	<u>PA</u> Nº: <u>51N</u>
Endereço: <u>Orestes</u>			
Cidade: <u>San. Vitoria</u> UF: <u>PA</u>			
Telefone: _____			

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: Sérgio Otávio de Souza

Endereço: _____

Prescrição: 1. Hidantal 100mg Uso Oral

1. Hidantal 100mg Uso Oral 2015

1. Hidantal 100mg Uso Oral 2015

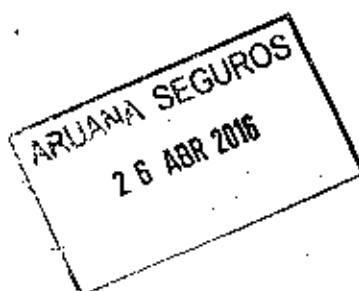
Data: 29.03.15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			
Nome Completo: _____			
RG:	_____	UF:	_____ Nº: _____
Endereço: _____			
Cidade: _____ UF: _____			
Telefone: _____			

Dr. Gustavo Gustavo Patriota
Neurologia
CRM: 6800
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Carimbo do Médico

Data: ____/____/____





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>SILVIO OLAVIO A</u>		Registro: <u>5043-023301</u>	
Idade: <u>33</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u></u>
Data de admissão: <u>22.03.15</u>		Data da alta: <u>29.03.15</u>	
Diagnóstico inicial: <u>CE</u>		Enf: <u></u>	
Diagnóstico final: <u>LAD</u>		Leito: <u></u>	
Outros diagnósticos: <u></u>			
Principais exames: <u>IC Q&MIO</u>		<u>Desmolações - PCU</u>	
Cirurgia realizada - data e equipe: <u></u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>Sintomáticos</u>			
Anatomia patológica: <u></u>			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia: <u></u>			
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Resolução Cefaléia</u>			
Dieta: <u>Genl</u>		Orientações Pós Alta	
Reposo: relativo em casa por <u>60</u> dias.			
retorno às atividades sem esforço físico em <u></u> dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>Hidantol</u>			
Retorno: <u>HTOP</u> <u>4.07</u> <u>15.04</u>			
Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u></u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>29</u> de <u>03</u> de <u>15</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

26 ABR 2015



GÓVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>SILVIO OLAVIO A</u>		Registro: <u>5413- 823301</u>	
Idade: <u>33</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u></u>
Data de admissão: <u>22.03.15</u>		Enf: <u></u>	
Data da alta: <u>29.03.15</u>		Leito: <u></u>	
Diagnóstico inicial: <u>CE</u>			
Diagnóstico final: <u>LAD</u>			
Outros diagnósticos: <u></u>			
Principais exames: <u>AC QAMIO</u>		<u>Resumo clínico</u>	
Cirurgia realizada - data e equipe: <u></u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>Sintomáticos</u>			
Anatomia patológica: <u></u>			
Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não (☒)			
Resultado bacteriologia: <u></u>			
Condições de alta: Melhorado (☒) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Resolução Celutária</u>			
Dieta: <u>GERAL</u>		Orientações Pós Alta	
Reposo: relativo em casa por <u>60</u> dias.			
retorno às atividades sem esforço físico em <u></u> dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em <u></u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>Hidantel</u>			
Retorno: <u>HTOP</u> <u>49/</u> <u>15</u>			
Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u></u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>29</u> de <u>03</u> de <u>15</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

26 ABR 2015



SAMU

192

PREFEITURA MUNICIPAL DE MATARACA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
BASE DESCENTRALIZADA - MATARACA/PB
UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO - USB

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: USB MATARACA



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 21/03/15	Ocorrência nº: 403242	Paciente / Usuário: sem ID	Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
Local da Ocorrência: BR 103		Bairro:	Médico Regulador: Felipe Gomes	
Apoio no Local: ☒ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate / PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ TROYE ☐ Outro:				
QTA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro:				

DESTINO

LOCAL: INT. USA MATE	RESPONSÁVEL: Arthur Trindade	OBS:
----------------------	------------------------------	------

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

☒ TRAUMA	☐ CLÍNICO	☐ GINECO-OBSTETRICO	MEDICAMENTOS: _____
☐ TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO: _____			PATOLOGIA(S): _____
☐ OUTRO: _____			ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____
			VACINAS: _____

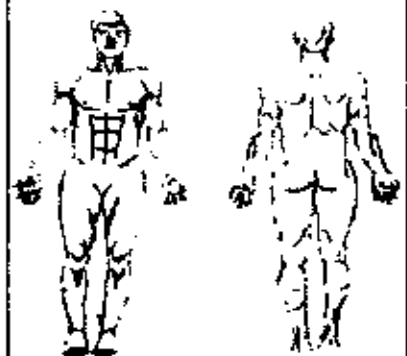
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA	
☐ QUEDA < 5m ☐ QUEDA > 5m ☐ QUEDA PRÓPRIA ALTURA ☒ QUEDA DE MOTO: ☐ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO	
☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☒ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO	
☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO: _____	
☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: _____ OU DENTRO DO VEÍCULO: _____ AIR BAG NÃO AÇIONADO ☐ DIR. ☐ ESQ.	
☐ AFOGAMENTO GRAU: _____ ☐ QUEIMADURA GRAU: _____ ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FAS ☐ FAF	
☐ OUTRO: _____	
☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA	
☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ COBRA ☐ ARANHA	
☐ ENVENENAMENTO POR: _____	

EXAME FÍSICO - FICHA CLÍNICA

Encontrado: ☐ DECÚBITO LATERAL ☒ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO	
☐ FORA DE VEÍCULO ☐ DEAMBULANDO ☐ EM CIMA DE: _____ OUTRO: _____	
Nível de Consciência: ☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☒ HÁLITO ETÍLICO	
☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO ☒ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO: _____	
☐ PÁLIDO / ☒ CIANÓTICO / ☐ ICTÉRICO / ☐ SUDOREICO / ☐ PELE FRIA	
☐ PELE ÚMIDA	
Queixa: ☐ DOR / LOCAL: _____	☐ PARESTESIA / LOCAL: _____
☐ OUTRA: _____	☐ HEMATÊMESE ☐ HEMOPTISE ☐ OTORRAGIA
LESÕES APRESENTADAS:	
☒ ESCORIAÇÕES / LOCAL: FACE, MÃO, PÉ	☒ CORTE / LOCAL: JOELHO E PÁRTELA
☐ PERFURAÇÃO / LOCAL: _____	☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____
☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____	☐ LUXAÇÃO / LOCAL: _____
☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____	☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____
☐ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____	☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____
☐ ENTORSE / LOCAL: _____	☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____
☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____	☐ CÂMBRA / LOCAL: _____
☐ DOR MUSCULAR / LOCAL: _____	☐ EDEMA / LOCAL: _____
☐ HEMATOMA / LOCAL: _____	☐ EQUIMOSE / LOCAL: _____
☐ OUTRO: _____	

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

☐ MIDRIASE	☐	☐
☐ MIOSE	☐	☐
☐ ISOCÓRICAS	☐	☐
☐ ANISOCÓRICAS	☐	☐

DADOS VITAIS

V.V.A.: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: _____ ipm FINAL: _____	PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
FC INICIAL: _____ bpm FC Final: _____ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: ☐ > 8 ☐ 7 ☐ 6	TEMPERATURA: _____ GLICEMIA: _____
PADRÃO RESPIRATÓRIO: ☒ REGULAR ☒ IRREGULAR - PERFUSÃO MMS: ☐ < 2 SEGUNDOS - MMIL ☐ > 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: 89 %	
☐ DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ APNEIA ☐ EUPNEIA	

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ COLAR CERVICAL TAM: 10 / ☒ ESTABILIZADOR LATERAL DE CARGA / ☐ TIRANTES / ☐ PRANCHA RÍGIDA / ☐ KED / ☐ TALAS DE EXTREMIDADES
☐ A. V. P. COM ABOCATH Nº 1 / ☐ MSE / ☐ MSD / ☒ SRI 1600 ml SF 9,9% / ☐ MEDICAÇÃO:
 021/MIN: MÁSCARA COM RESERV. / ☐ CATETER NASAL / ☐ IMOBILIZAÇÃO: ☐ MSE / ☐ MSD / ☐ MIE / ☐ MID / ☐ MACA A VÁCUO /
☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / ☐ EXTRICAÇÃO / ☒ CURATIVO: ☒ COMPRESSIVO / ☐ SIMPLES / ☐ IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: ☐ OLHO E
☐ OLHO D / ☐ VELPEAU / LOCAL: / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS V.V.A.A / OUTROS:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: queda de membroINTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente 666, inconsciente, obstruído, com suspeita de TCE, entre
em posição frontal e joelho esquerdo

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Kenida Gouveia COREN: TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Blondie Costa COREN:
 CONDUTOR SOCORRISTA: Samuel Bento MÉDICO: CRM:

RECUSA

NOME: ASSINATURA: TESTEMUNHA: RG: TESTEMUNHA:

RELAÇÃO DE PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: ☐ RG / ☐ CPF / ☐ TÍTULO DE ELEITOR / ☐ HABILITAÇÃO / ☐ PASSAPORTE / ☐ OUTRO: CELULAR: QUANTIDADE MARCA: MODELO: MARCA: MODELO: CARTÕES DE CRÉDITO: ☐ MASTER CARD / ☐ VISA / ☐ AMERICAN EXPRESS / ☐ HIPER / ☐ OUTRO: CARTÃO DE BANCO: ☐ 1 / ☐ 2 / ☐ 3 NOMES DO BANCO: TALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: DINHEIRO EM ESPÉCIE / VALOR R\$: CALÇADO (NOME): / RELÓGIO (MARCA): / ANÉIS (QUANTIDADE): BRINCOS (QUANTIDADE): / PULSEIRAS (QUANTIDADE): OUTROS: NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: SETOR: ASSINATURA DO RECEBEDOR:

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº <u> </u>)	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		ATADURA DE GREPON 15 cm	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	
GLICOSE 50%		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 unid.)	
ÁGUA DESTILADA 10 ml		ALGODÃO (PACOTE)	
DIPIRONA 1 g		ALCOOL (PINCETA 250 ml)	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº <u> </u>	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P	
PARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M	
DICLOFENACO 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G	
FUROSEMIDA		JELCO Nº 14	
CAPTOPRIL 25 mg		JELCO Nº 16	
AAS 100 mg		JELCO Nº 18	
ISORDIL 5 mg		JELCO Nº 20	
METOCLOPRAMIDA		JELCO Nº 22	
HIDROCORTISONA 100 mg		JELCO Nº 24	
HIDROCORTISONA 500 mg		SCALP Nº 23	
IPRATRÓPICO GOTAS		SCALP Nº 25	
FENOTEROL GOTAS		GARROTE	
ADRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS	
ATROPINA		EQUIPO MICROGOTAS	
AMIODARONA		ESPARADRAPO	
TERBUTALINA		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
OUTROS:		CATETER TIPO ÓCULOS	
		LUVA ESTÉRIL Nº 7,5	
		LUVA ESTÉRIL Nº 8,0	
		LENÇOL DESCARTÁVEL	
		OUTROS:	

DOCUMENTO 5 "T5%"



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL
3103158
DATA DE EXPIRAÇÃO
14 MAR 2003
NOME
SÉRGIO OTÁVIO DE SOUZA
FILIAÇÃO
Antonio Otavio de Souza
Leonilda Maria da Conceição
NATURALIDADE
Mamanguape-PB
DATA DE NASCIMENTO
06.10.1979
DOC. ORIGIN.
Cert. Nasc. Nº 982, Fls. V-156, Liv. A
2, Cart. Capim-PB
CPF
Joaquim Pessoa PB
ASSINATURA DO TITULAR
C. M. Nogueira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P. 85


NÃO ALFABETIZADO
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF


RIANA SEGUROS
26 ABR 2016



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 063.136.444-76

Nome da Pessoa Física: SERGIO OTAVIO DE SOUZA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:45:59** do dia **15/04/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **1626.B2A6.A0BF.4A4F**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



DOCUMENTO 3 "T3%"



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

07 ABR 2007

0758

JOSELHA PEREIRA DA SILVA

Antonio Pereira da Silva

Antonia Francisca da Silva

Mamanguape - PB

13-05-1980

CERT. NASC. Nº 1.141,118.V-110

11/05/2007

LEI Nº 7.116 DE 2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

POLEGAR DIREITO

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

045.247.004-80

JOSELHA PEREIRA DA SILVA

13/05/1980

ARUANA SEGUROS
26 ABR 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 B220553-5 SES2 PR

CPF
 075.400.659-07

DATA NASCIMENTO
 03/10/1990

FILIAÇÃO
 SERGIO TOMIO HARA
 ROSELI RICARDO HARA

PERMISSÃO
 AOC CAT. HAB
 B

VALIDADE
 26/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
 09/11/2009

NP REGISTRO
 04803252315

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 856069372

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador
 Simone C.R. Hara

LOCAL
 LONDRINA, PR

DATA EMISSÃO
 27/02/2014

Assinatura do Emissor
 Marcos (RAM)

58823046960
 PR906974269

DETRAN-PR (PARANÁ)

PROIBIDO PLASTIFICAR
 856069372



ARJANA SEGUROS
 26 ABR 2015

[illegible]

ARUANA SEGUROS
26 ABR 2016

CONTRATO :94721 – JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 7 *T7%u*



SERGIO OTAVIO DE SOUZA

CONTESTAÇÃO DE
DECLARAÇÃO DO
PROPRIETARIO

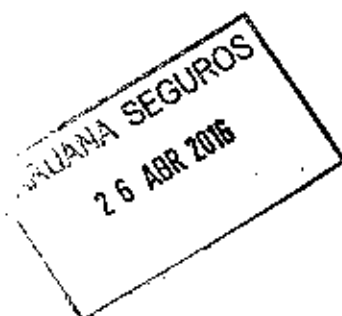
WUANA SEGUROS
26 ABR 2016

Declaração

Eu, Sérgio Otávio de Souza, portador do RG: 3.703.158 SSP-PB, CPF: 063.136.444-76, Neste ato representado por: Joselma Pereira da Silva, RG: 2750.758 SSP-PB, CPF: 045.247.004-80 Residente e domiciliado no logradouro: Sit. Pato D'água Fria S/N. Área rural, Cep: 58.280-000 na cidade de Namqueapá-PB, Declaro que sou o acidente de trânsito dia 22/03/2015 na motocicleta Honda/EG125, de cor vermelha, ano 2012 de placa NAB 7353/PB, e Chassi: 9E27EN110ER505718 a qual está registrada em nome de Rosemira Alves Ribeiro. Declaro que não posso apresentar a declaração de proprietário de veículo que a Seguradora líder está exigindo, por não conseguir localizar o proprietário descrito no DUT, pois o mesmo não reside no mesmo endereço e nem tão pouco sei onde o encontra-lo.

Jard Pessoa 08 de Abril de 2016

Joselma Pereira da Silva



CONTESTAÇÃO

A, **SERGIO OTAVIO DE SOUZA**, portador (a) do CPF: **063.136.444-76**, vem por meio deste, junto à **SEGURADORA LIDER**, por discordar da impossibilidade de poder cadastrar e pleitear o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, opor-se pelos seguintes motivos:

A exigência da Declaração de Propriedade de Veículo nos sinistros ocasionados por motocicleta, na forma requerida torna impossível o recebimento da indenização pelos seguintes motivos:

O valor cobrado para o reconhecimento de firma por autenticidade é alto, além do que o dono do veículo, na imensa maioria dos casos, não está disposto em ir ao cartório para reconhecer sua assinatura.

Em verdade, não é possível se notar a exigência de tal documento nas propagandas veiculadas na televisão, e nas informações contidas na internet, além do que no site da Susep (<http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/dpvat>), são encontrados como documentos necessários os seguintes:

- a) Comprovante do Acidente de Transito, expedido por autoridade competente, onde consta ser o beneficiário ou o seu representante da vítima de acidente de transito;
- b) Prontuário Médico que ateste as lesões sofridas;
- c) Autorização de Pagamento, com o número da conta, em nome do beneficiário;
- d) Declaração de Ausência do Laudo do IML;

Por isso, pode-se entender essa determinação como abusiva, e ilegal, pois nas portarias da SUSEP e na lei que regulamenta o seguro DPVAT não é encontrado como requisito para ter o direito à indenização do seguro obrigatório a Declaração de Propriedade do Veículo.

Por tudo isso, quando a impossibilidade de pleitear a indenização é embasada na falta desta Declaração, por ser uma exigência ilegítima da seguradora, pois não é reconhecida pelos órgãos reguladores, fica claro que a **SEGURADORA LIDER, ESTÁ EM MORA COM A SUA OBRIGAÇÃO, POR NÃO ACEITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**, conforme o previsto em lei.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA - COMARCA DE MAMANGUAPE
CARTÓRIO BUSTORFF
2º OFÍCIO DE NOTAS E DE PROTESTO
CNPJ: 09.288.630/0001-88

Rua Pres. João Pessoa, 47 - Centro - Fone (83) 3292-2297 - E-mail: 2cartoriomme@gmail.com

Soraya Xavier Bustorff

Titular

Livro: 280

Folha(s): 184 à 184

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SERGIO OTAVIO DE SOUZA.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos QUINZE (15) dias do mês de ABRIL do ano de DOIS MIL E QUINZE (2015), nesta cidade de Mamanguape, Estado Paraíba, Rua Pres. Joao Pessoa, 47, Mamanguape, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu(ram) como Outorgante(s) o Sr. **SERGIO OTAVIO DE SOUZA**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.103.158, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 063.136.444-76, residente e domiciliado na(o) Sítio Patos de Agua Fria, s/n, area rural de Mamanguape, no Estado da Paraíba, impossibilitado(a) de assinar, por ser analfabeto, assinando a rogo a Sra. **ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI**, brasileira, agricultora, casada, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.519.603, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 086.932.154-42, residente e domiciliada na(o) Avenida Getulio Vargas, 185, Bairro Centro, na cidade de Mamanguape, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) a Sra. **JOSELHA PEREIRA DA SILVA**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.750.758, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 045.247.004-80, residente e domiciliada na(o) Sítio Patos de Agua Fria, s/n, area rural de Mamanguape, no Estado da Paraíba, a quem concede amplos e ilimitados poderes, para representar junto a **SEGURADORA LIDER S/A**, referente ao seguro DPVAT, podendo, para tanto, apresentar e retirar documentos, preencher formulários, passar recibos, pagar taxas e guias, autorização de pagamento, declaração de residência, declaração de ausência do Laudo do IML, neles assinando e requerendo tudo que for necessário, apresentando e retirando documentos, fazendo declarações e tudo mais que se faça preciso para inteiro cabal desempenho deste mandato. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s), podendo inclusive substabelecer. Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina, sendo dispensada a presença e assinatura de testemunhas instrumentárias exceto do Art. 1º do Provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu, **ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI**, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho da verdade. As.: **ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI**. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 15 de Abril de 2015, às fls. 184 a 184. Emolumentos: R\$ 39,90; Taxa FARREN: R\$ 4,21; Taxa FEPJ(3%): R\$ 1,20; Valor Total: R\$ 45,31, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: ABl63632-7JB4 - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Mamanguape/PB, 15 de Abril de 2015

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Escrevente Autorizada

CARTÓRIO BUSTORFF
2º OFÍCIO DE NOTAS

Belª Soraya X. Bustorff - Tabela AD-HOC
Bel. Alberto Bustorff F. Quintão - Substituto
Erivaldo Araújo Cavalcanti - Escrevente Autorizada
Bel. Nêzi X. Bustorff - Escrevente AD-HOC
Rua Pres. João Pessoa, 47 - Centro - CEP: 58.280-000 - Mamanguape - PB
TELEFAX (83) 3292-2297 E-mail: 2cartoriomme@gmail.com

ANUANCIA SEGUROS
26 ABR 2015

DOCUMENTO 4
- 1496 -