

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2017

Carta nº: 11698151

A/C: JOSE ROBERTO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170504395 ASL-0353527/17

Vítima: JOSE ROBERTO DA SILVA

Data Acidente: 27/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO 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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2017

Carta nº: 11706361

A/C: JOSE ROBERTO DA SILVA

Sinistro: 3170504395 ASL-0353527/17
Vítima: JOSE ROBERTO DA SILVA
Data Acidente: 27/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11880803

A/C: JOSE ROBERTO DA SILVA

Sinistro: 3170504395 ASL-0353527/17
Vítima: JOSE ROBERTO DA SILVA
Data Acidente: 27/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Carta nº: 11990799

A/C: JOSE ROBERTO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170504395
Vítima: JOSE ROBERTO DA SILVA
Data do Acidente: 27/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE ROBERTO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 000000099091-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-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, JOSE ROBERTO DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1297841 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 13/10/16 E
 CPF 27911063400 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO macineiro
 E RENDA MENSAL DE R\$ recuada NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Roberto da Silva, 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 com o 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 SISPVT 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) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0099091-9

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.

Banguex 04 de Julho de 2016
 LOCAL E DATA

Jose Roberto 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

227-848223350-3

15/AGO/2017

HORA DE 13:27:42

LOT. 13.082472-1

TERM 024737

LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 0

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POU CAIXA FACIL

NOME: JOSE ROBERTO DA SILVA

AGENCIA: 1033

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 8899091-9

DATA DE ABERTURA: 15/08/2017

LOTerias CAIXA

227-848223350-3

10 VIA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
12 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Imperiano de Souza, 221
Ernesto Geisel Joao Pessoa PB CEP: 58075-090
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1297841
Data local do exame: [10/11/2017] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DO OMBRO DIREITO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**EVOLUI COM DEFORMIDADE, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
Data da alta: 15/06/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, RESULTADOS INSATISFATÓRIOS.
Complicações: RECIDIVA DA LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() “Vítima em tratamento”
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>() “Exame não permite conclusão”
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>() “Sem sequela permanente”
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = “100% da IS”
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
SaúdeSEG
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07560.01.2017.1.02.009

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07560.01.2017.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:11 horas do dia 03 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jose Roberto da Silva**, CNH nº 06010313300, CPF nº 279.110.634-00, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Marceneiro, filho(a) de Rita Carneiro da Silva e Arlindo Antonio da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/11/1957 (59 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Imperiano de Souza, Nº 221, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Final do Ponto do Ônibus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98693-7861.

Dados do(s) Fatos:

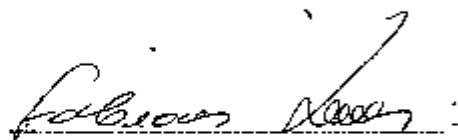
Local: Br 230, Em Frente Ao Assai, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/02/17 00:16h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

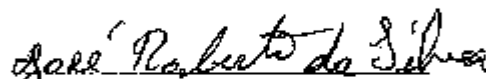
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA BRANDY/FOSTI FT125 A, COR GRENA, ANO 1998/1999, PLACA KLD2416/PB, CHASSI 9CEFT125XWM001022, REGISTRADA EM NOME DE GENEALDO GOMES DOS SANTOS E DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, pela BR 230, sentido João Pessoa/Cabedelo, quando passava em frente ao ASSAI perdeu o controle da moto vindo a bater no canteiro central e cair ao solo; Que o noticiante levantou-se e foi empurrando a moto até sua residência, onde chegando ao local acionou o SAMU, o qual foi lhe buscar em casa e o levou para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 04.07.2017, BOLETIM DE ENTRADA Nº 983775.

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

João Pessoa/PB, 03 de agosto de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JOSE ROBERTO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 07560.01.2017.1.02.009

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Jose Roberto da Silva, portador da carteira de identidade nº 1297841 e inscrito no CPF sob o nº 279.110.634-00 residente e domiciliado na Imperiano de Souza, 201 Geisel, Cidade João Pessoa Estado Paraíba, 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
- (X) 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.

Jose Roberto da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Bayeux, 04 de julho de 2007

Local e data





192

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

CNPJ 08.806.754/0015-44
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGISTRO Nº 123456789, JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendimento sob o protocolo nº 707/108, **DECLARA** para os devidos fins, que consta nos registros do SAMU, sob protocolo 1616085, o atendimento pré-hospitalar realizado pela equipe de atendimento ao paciente JOSE ROBERTO DA SILVA, idade 39 anos, vítima de acidente de trânsito (Queda de Moto) no dia 27/02/2012, nascido em Fernando de Souza, Bairro: Ernesto Geisel - João Pessoa - aproximadamente às 00:16 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 Agosto de 2017

Jefferson da Rocha Augusto
(Estatístico)

CRESS

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matricula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
12 SET. 2017
COLO

12 SET. 2017

12 SET. 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESS

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

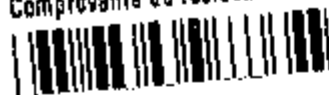
CLIENTE: JOSE ROBERTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000099091-9

Nr. da Autenticação 86EE82F8C454E6F3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Roberto da Silva

RG nº 1297841, data de expedição 13/10/2016

Órgão SSP-PB, CPF nº 279.110.634-00, 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 Número	<u>Imperian de Souza</u> <u>221</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Geisel</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58075-090</u>
Telefone de contato	<u>83-99342-1170/3512-8500/99105-5363</u>
E-mail	<u>alexandracisarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraíba / 04/09/2017

João Roberto da Silva
Assinatura do Declarante



ENERCISA
 ENERGIAS PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 35 - Caixa Postal - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
 CNPJ 08.096.180/0001-40 - Tel. (31) 16.070.020-0

Cid/Sob: RRS/INDA/ MONOFASICA
 Roteiro: 17-0002-776-416 Referência: AGO/2016
 Medidor: 00001259223 Emissão: 29/09/2016

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.255.131
 Código para Débito Automático: 00008204770

PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
01/08/2016	30/08/2016	279,11
01/09/2016	30/09/2016	279,11
01/10/2016	30/10/2016	279,11
01/11/2016	30/11/2016	279,11
01/12/2016	30/12/2016	279,11
01/01/2017	30/01/2017	279,11
01/02/2017	30/02/2017	279,11
01/03/2017	30/03/2017	279,11
01/04/2017	30/04/2017	279,11
01/05/2017	30/05/2017	279,11
01/06/2017	30/06/2017	279,11
01/07/2017	30/07/2017	279,11

06/09/2016 R\$ 25,65

RESERVADO AO FISCO

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Perda de energia	0,00	0,00
Custos de energia	0,03	0,00
Serviço de iluminação	0,20	0,00
Energia Solar	0,00	0,00
Imposto de Renda e Oligodados	0,00	0,00
Outros Serviços	25,65	100,00
Total	25,65	100,00

Valor do E.S.D. (R\$ 2010): R\$ 21,00

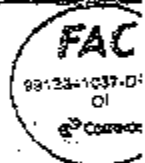
ENERCISA	0,00	0,00
ENERGIA	11,10	0,00
ENERGIA	22,21	0,00
ENERGIA	33,32	0,00
ENERGIA	44,43	0,00
ENERGIA	55,54	0,00
ENERGIA	66,65	0,00
ENERGIA	77,76	0,00
ENERGIA	88,87	0,00
ENERGIA	99,98	0,00

06/09/2016 R\$ 25,65

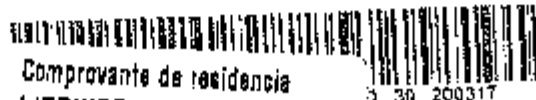
8364000000-3 2559149000-5 98204772016-4 08700002019-5



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 2 SET. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



CTC RECIFE PE PL12
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 93
MANAIRA
58039-460 - JOAO PESSOA - PE



Comprovante de residencia



3 30 200317

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

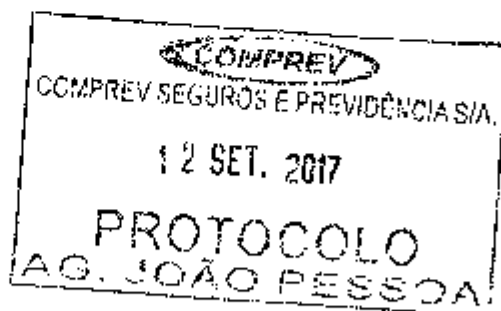
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jose Roberto da Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Jose Roberto da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO

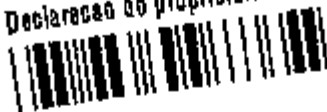
Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Generaldo Gomes dos Santos
RG nº 241300, data de expedição 20/06/2012
Órgão _____ portador do CPF nº 133.290.574-91
domicílio na cidade de BAIXEUX, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JOÃO SOARES AGUIAR, nº 31,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Roberto da Silva cujo o condutor era
Jose Roberto da Silva.

Veículo: moto
Modelo: BRANDY/FOST FT125A
Ano: 1998/1999
Placa: KLD 2416/PB
Chassi: 9CE FT 125 XWM 001022
Data do Acidente: 27-02-17
Local e Data: BAIXEUX, 04-07-17



Generaldo Gomes dos Santos
Assinatura do Declarante

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



Recebido, com autenticação verdadeira, a(s) Fim(s) de: ...
GENERALDO GOMES DOS SANTOS
Em testada Verdade, em 04/07/2017 13:40:06.

Mely Santiago-Pereira Feitosa - Tabelião Substituta
12017-036169764-035 19:23: FASE: 0,27 FASE: 1,85 ISS: 0:46
SELO DIGITAL: AF16693A-K2W

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





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 José Roberto da Silva

DATA DE NASCIMENTO 29/11/57

NOME DA MÃE Rita Carneiro da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 983775

DATA DO ATENDIMENTO 27/02/17

HORA DO ATENDIMENTO 00:49

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular D.

CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresentando dor e edema em ombro direito, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular D.

TRATAMENTO:

Indicado tratamento cirúrgico, porém o paciente não aderiu, colocado tala e orientado para acompanhamento ambulatorial.

ALTA HOSPITALAR: 27/02/17

DATA DA EMISSÃO: 04/07/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

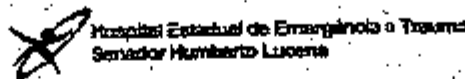
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,

MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 SET. 2017

PROTOCOLO
AGUACAO PESSOA

1:10 Não respondeu ao chamado ①



ACOLHIMENTO, an -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 983778



Identificação do paciente				
ID 229822	Nome JOSE ROBERTO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 29/11/1957	Idade 59 anos 2 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 50397
Mãe RITA CARNEIRO DA SILVA			Pai ARLINDO ANTONIO DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986837861	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1297841	Nº Cns		
Local de procedência BR 230			Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/A		
Endereço				
CEP 58075090	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro IMPERIANO DE SOUZA	
Número 221	Complemento	Bairro ERNESTO GEISEL		
Admissão				
Data e Hora 27/02/2017 08:49:30	Número da pulseira 1000005670078	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco			Origem do paciente RODovia	
Caráter da atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO		
Indicadores e Transporte				
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
		ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				

Imprimir

07-04-17

6

27/02/2017 08

= cirurgia Cerebral Alergia: D

Última: de queda de moto.
avaria capote Trauma em ombro (C)
Ao exame da: edema em ombro (D).

conduta: 1º atendimento

Dipirona 500mg Im, Olanop AD, EV, agora

Solicite RX de ombro

Passar da Dto para

Ata da cirurgia



ORTO

27/08/17

Como de rotina c/ dr e noite full ortoped
semelhante

RX de ombro D - L

A D lesão redutora de ombro

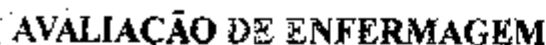
WOP EORT 27/08/2017 06:30

Paciente com lesões angulo, clavícula
do ombro (D). Indicado o tratamento cirúrgico
porém, o paciente não aceita.

CO: TTPORT

Acompanhamento Ambulatorial

Dr. Carlos Augusto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 22641
RST 13941



B.E./PRONTUÁRIO

SOME DO PACIENTE:

DATE

CELIA JAMES
XEROX 308
BY: [illegible]

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE:	☐ Moto	☐ Automóvel	☐ Ônibus	☐ Bicicleta	☐ Atropelamento
	☐ Envenenamento	☐ Incêndio	☐ Explosão	☐ Arma de Fogo	☐ Arma branca
				☐ Outros:	

TIPO DE LESÃO: ☐ Ferida fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura

☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros

DADOS CLÍNICOS (síntomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO PA: ____ / ____ mmHg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das perícias

Symetria: ☐ Isocónica ☒ Turranteo: ☐ Midriase

1	Amisocóticas	1	Misc
---	--------------	---	------

Sistema Respiratório:	☐ Ventilação invasiva	☐ Ventilação espontânea	☐ Vias aéreas pervias
	☐ Traqueostomia	☐ Respiração rápida	☐ Obstrução parcial das vias aéreas
	☐ Respiração não invasiva	☐ Suporte ventilatório não invasivo	☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente	☐ Pele fria e úmida	☐ Perfusion tissular satisfatória
☐ Taquicardia	☐ Bradicardia	☐ Perfusion tissular comprometida
☐ Palidez	☐ Outros:	

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDE ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Distúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Interações ☐ Outros:

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não ☐ Em tratamento

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA S TETANO? ☒ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREN:

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME: JOSE ROBERTO DA SILVA	
RG: 1297841	SSP: PE
CPF: 279.310.634-00	DATA NASCIMENTO: 29/11/1957
FILIAÇÃO: ARLINDO ANTONIO DA SILVA RITA CARNEIRO DA SILVA	
ESTADO: PE	CIVIL: A
CPF: 08010512300	VALIDADE: 01/03/2018
T-RENOVAÇÃO: 26/02/2014	
Assinatura: <i>Jose Roberto da Silva</i>	
RG: 1297841	DATA EMISSÃO: 13/10/2016
JOÃO PESSOA, PE	41017490412 PB033284312

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1404028762

PROIBIDO PLASTIFICAR

1404028762

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 SET. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Documentos de Identificação



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05701485

JOSE EDUARDO DA SILVA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

12578

JOSEFA GERVASIO DA SILVA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

02/04/1967

455.532.024-91

16/04/2015

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

02/04/1967

455.532.024-91

16/04/2015

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

12 SET. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170504395 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/02/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio-clavicular do ombro direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular, deformidade, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador com imobilização, não fez fisioterapia, resultados insatisfatórios.
Complicações: Recidiva da luxação do ombro direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0353527/17
Vítima: JOSE ROBERTO DA SILVA
CPF: 279.110.634-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/02/2017
Titular do CPF: JOSE ROBERTO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE ROBERTO DA SILVA : 279.110.634-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170504395 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/02/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170504395 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/02/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio-clavicular do ombro direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular, deformidade, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador com imobilização, não fez fisioterapia, resultados insatisfatórios.
Complicações: Recidiva da luxação do ombro direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





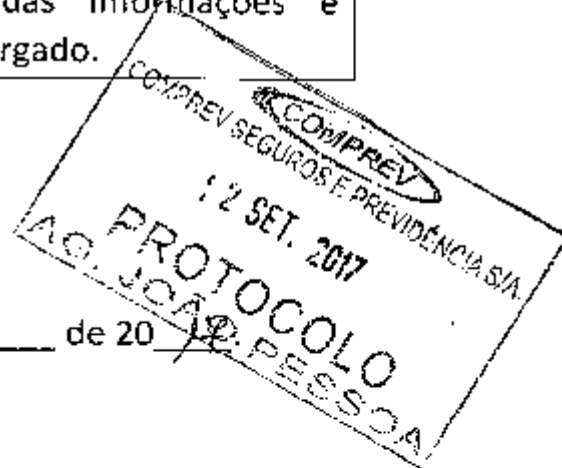
OUTORGANTE:

Jose Roberto da Silva
 brasileiro(a), estado civil Divorciado, profissão
marceneiro, CI RG nº 1297841-SSP-PA
 CPF/MF nº 279.110.834-00, residente e domiciliado(a) à Rua
Imperio de Souza, 221 - Gurel
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58075-090, telefone
83-99342-1170, 83-3512-8500.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Boquex, 04 de Julho de 2017



Jose Roberto da Silva

OUTORGANTE



Santiago Pereira

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
 JOSE ROBERTO DA SILVA
 Em test. da verdade. - PB 04/07/2017 13:59:32
 Hely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituta
 (2017-006171) EMPL:R\$ 49,23 FAPPEM:R\$ 0,27 FEPI:R\$ 1,05 ISS:R\$ 0,46
 SELD DIGITAL: AFI66936-5H25
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.org.br>