



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) Paulo Sérgio M. Rocha

portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

Necessita de 30 (Trinta) dias de Afastamento

POR EXTENSO

do Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

DATA 20/04/18

25/1/18

Hospital ou Ambulatório

Local e Data

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 5674 / FEUT. 7.207

Ass. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art 86 RGPS. Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14-03-67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Nº 12



BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 6835 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/07/2018 11:28:20**
Data / Hora da Ocorrência: **20/01/2018 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO GUEDES PESSOA**
Complemento:
Bairro: **PE. JULIO MARIA** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **PE. ROMUALDO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE IVANILDO BARROSO DE ABREU**
Nascimento: **04/08/1975** CPF:
RG: **93008016178** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA NILCE BARROSO DE ABREU**
JOSE MACIEL DE ABREU
Endereço: **RUA LOCALIDADE DOS MACACOS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **PENTECOSTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU**
Nascimento: **09/03/2008** CPF:
RG: **2016053768-6** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR**
JOSE IVANILDO BARROSO DE ABREU
Endereço: **RUA LOCALIDADE DOS MACACOS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **PENTECOSTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSG3954** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110DR803722 Renavam: **568843290** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MARIA DE FATIMA DE S ALENCAR** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Que o declarante vem noticiar que no dia e hora acima mencionado pilotava a moto acima descrita, quando foi atingida por uma outra moto de placa não anotada; Que o declarante na ocasião viajava na companhia de seu filho Danilo Maciel Alencar de Abreu; Que ambos foram levados para o hospital Municipal de Caucaia onde receberam tratamento médico. Que o declarante fraturou a tíbia direita e seu filho o braço esquerdo. Que esclarece ainda que não possui carteira de habilitação.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/07/2018 11:44:21



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



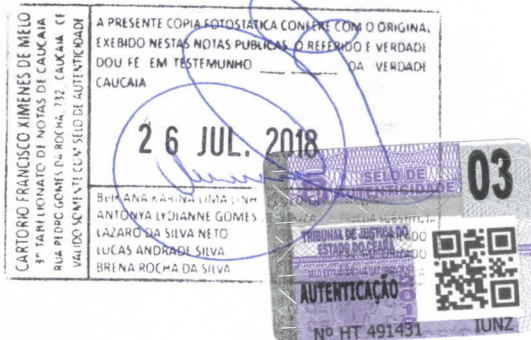
BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 6835 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

por 203044 de 2018 de 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-6



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/03/2019 às 17:12, sob o número 011975257201908060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0119752-57.2019.8.06.0001 e código 45E42EC.



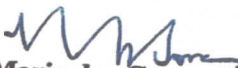
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao menor **DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU**, portador do RG 2016053768-6 inscrito no CPF 085.777.753-05, no dia 20/01/2018, às 19h46, no município de Caucaia/CE, na rua Antônio Guedes Pessoa, no bairro Padre Romualdo, vítima de colisão moto com moto, sendo encaminhado para o Hospital Municipal de Caucaia. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 22 de Fevereiro de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 INTERPRINT LTDA. VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1097066457	
NOME FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 96002114660 SSPDS CE	
 CPF 619.745.953-15 DATA NASCIMENTO 12/09/1981	
FILIAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS COSTA ALENCAR MARIA DE FATIMA DE SOUSA ALENCAR	
PERMISSÃO ACC CAT. HAB B	
Nº REGISTRO 04971771062 VALIDADE 20/04/2020 1ª HABILITAÇÃO 24/06/2010	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA;	
<i>Francisca Adriana de Sousa Alencar</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 23/04/2015	
<i>Idor Vasconcelos Ponte</i> ASSINATURA DO EMISSOR 44266028531 CE147177790	
DETRAN-CE (CEARA)	

Nº DO CLIENTE

4415631-6

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A tarifa social de energia elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



fls. 14

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 12 22000 12 289800 = 1 Data de Emissão 517677363
Nome MARIA NILCE BARROSO DE ABREU 16/03/2018
End. Postal RU DA CAPELA 00034
PDE ROMUALDO - CAUCAIA - 61600000
Medidor 74693 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 890505923-68 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 16/03/2018 Data da Apresentação 17/04/2018 Previsão Próxima Leitura 17/04/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto CAUCAIA

Mês Jan 2018

EUSD 25.66

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 49,04 Aliquota 27,00% Valor do Imposto 13,24

Padrão Individual

Apuração Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,03			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7892.631B.05EB.B2F7.3604.1042.EB0C.2E57

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 6614 Leit. Anterior 6543 Cons. Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

16/03/18 17/02/18 27 DIAS 71 0,00 71 0,00 0,00 49,04

DESCRIÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 49,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,58
DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 30/36 2,00

VENCIMENTO 20/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 60,62

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 16,70
Transmissão 1,67
Distribuição 11,34
Encargos Setoriais 3,93
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 15,40
TOTAL 49,04

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

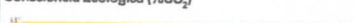
	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
MED	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 30,69 Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINTE AO DÍGITO VERIFICADOR. Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal. A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,16 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,79% e COFINS:3,64% (Art. 9, Inc. I, Lei 10.833/02 e Lei 10.833/02). Para o mês de março-18 a bandeira será verde, sem custo para os consumidores. Mais informações em www.enel.gov.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Darilo Maciel Alencar de Abreu, inscrito(a) no CPF número 085.777.753-05, Registro Geral de número 20160537686, resido em propriedade localizada na Rua: Da capela, 34, na cidade de Caucaia, no estado de ce, onde moro desde _____, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Caucaia - ce, 18 de Março de 2019.

X Fm Adriana de Sousa Alencar
DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: Danilo Maciel Alencar de Alencar		
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro	
PROFISSÃO: Estudante	DATA DE NASCIMENTO: 09/03/2008	
C.P.F.: 085.777.753-05	R.G.: 20160537686	
ENDEREÇO: Rua: Da Capela, 34		
BAIRRO: Padre Romualdo	CIDADE: Caucaia	U.F.: ce
C.E.P.: 61.600-000	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Caucaia - ce, 18 de Março de 2018.

X Fco Adriano de Sousa Alencar

Declarante

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: Danilo Maciel Alencar N° PRONTUÁRIO

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
24/01/18	Com 117 convulsões T.M. 1000 - 12 115 D. 5/18 C. 11/18	
	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRMCE 11.7.1 TEU1.7.207	
24/01/18	Paciente da pediatria: Paciente encaminhado bem. Do ponto de vista pediátrico, pode receber alta. Rota su encaminhado para traumatologia para o mesmo um meso o braço ??	
24.01.18 10:30	Paciente, D.M. A.A, 9 anos. 0, 2º DPO de vibradores de fatura de cines @. Segue consciente, orientado, verbalizando, deambulando, apênd. Não refere queixas algicas no momento. Orientado a deambular. Realizado troca de curativos, FO reunir as flogísticas. Sida limpa e recar. Segue em cuidados de enfermeiro.	Liana M. Mendes Pediatra CREMEC 4779
25/01	Recebeu 5/18 LIBERADO PARA CLINICA ACTA HOSPITALAR MEDICINA + ORTODONTIA	

Enfermeira
Luziane Soares
CRMCE Nº 251.924

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia

**SUS**Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.**

02/02/2019 fls. 19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DANIEL MACIEL AZEVEDO 15 ABREU

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898004123867016

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/03/68

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

29.664

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

RITA ADRIANA D. S. AZEVEDO

Masc. ☒Fem. ☐

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Frei Ezequiel 759 SOLOMOS

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

8588361421

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caucaia

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

23.03.7

15 - UF

CE

16 - CEP

61600000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃODor de mto.
na região do abdômen e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Uso de medicamentos

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Amniotomia e parto

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Em diagnóstico

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

902692283-77

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2318100926340

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

02/07/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Dr. Vanderlan
Médico AIO
CRM 25301
CPF: 472.553.011

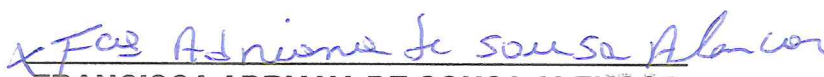
Aut. estorho



PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA ET EXTRA”

DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU, brasileiro, menor impúbere, estudante, Identidade nº 20160537686-SSP-CE, CPF nº 085.777.753-05, representado por sua genitora, a Sra. **FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR**, residentes e domiciliados na Rua Da Capela, nº 34, bairro Padre Romualdo, CEP 61.600-000, Caucaia, Ceará, pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui como seu bastante procurador o Sr. Dr. **JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Av. Godofredo Maciel, nº 2290, loja 27, bairro Maraponga, CEP 60.710-684, Fortaleza/CE, a quem confere amplos e ilimitados poderes, com a cláusula ad-judicia et extra, a fim de que possa defender seus interesses e direitos, podendo agir em Juízo ou fora dele, podendo também manusear autos e bater cópias, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo recorrer, receber e dar quitação, confessar, prestar declarações, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 18 de março de 2019.


FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

DONILSO MAURÍCIO ARAÚJO DE ABREU

① Suicídio:

fisioterapia _____ do corpo
musculos

JUST:

Reabilitação após fratura de
úmero esquerdo.

Dr. Bruno B. Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3329 TEOT 11433

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ADELARDO
GADELHA DA ROCHA

05/02/2018

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

Paulo. M. da

CEOTOPO FUSO 6075 ———— aut

35 50 10 12/12

a) UNATRO DE DOIS/DOIS PUIS

RODRIGO C. M. B. DA

05/02 15 07:00

E 56 FESIE → RETORNAR ANTO

25/1/18

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha

Ortopedia e Traumatologia

CRM/CE: 3674 TEUT 7207

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 29.664

NOME: Danilo Márcio ALENCAR DOS ABRAO.					
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE
09.03.2008	9		M	SOLT.	FORT.
IDENTIDADE		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO	
201603768					
PAIS José Ivanildo BARROSO DOS ABRAO, PA ADRIANA DOS S. ALENCAR					
ENDEREÇO DO PACIENTE Rua Pe. Cicolo					Nº 759
BAIRRO	MUNICÍPIO	FONE			
SOLOMOS	CAUCAIA				
NOME DO RESPONSÁVEL PA ADRIANA DOS S. ALENCAR					FONE
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL					
O MESMO					
DATA DE ADMISSÃO 29.01.18			HORA ADMISSÃO: 21.58		FUNCIONÁRIO: JOSE
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO:					
EXAME FÍSICO:					
Audiência de frãmb					
To, de p.m. de 12.00					
Exame mg					
Hr: 12.00 de 12.00					
EXAME COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: 12 A3					
12.00					

Assinatura do Médico



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: JANILSON MACIEL ALENCAR DE ABREU

IDADE: 9 ENDEREÇO: RUA PO. EISEN BAIRRO: SOLEDADE

DATA ADMISSÃO: 20/01/18 DATA ALTA: 25/01/18

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fraqueza do membro 6º

EVOLUÇÃO MÉDICA: Re com os membros
inferiores do membro 5º e 6º
clínica e 5º e 6º

DIAGNÓSTICO FINAL: D. 10000

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

(X) AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE: Dr. Bruno

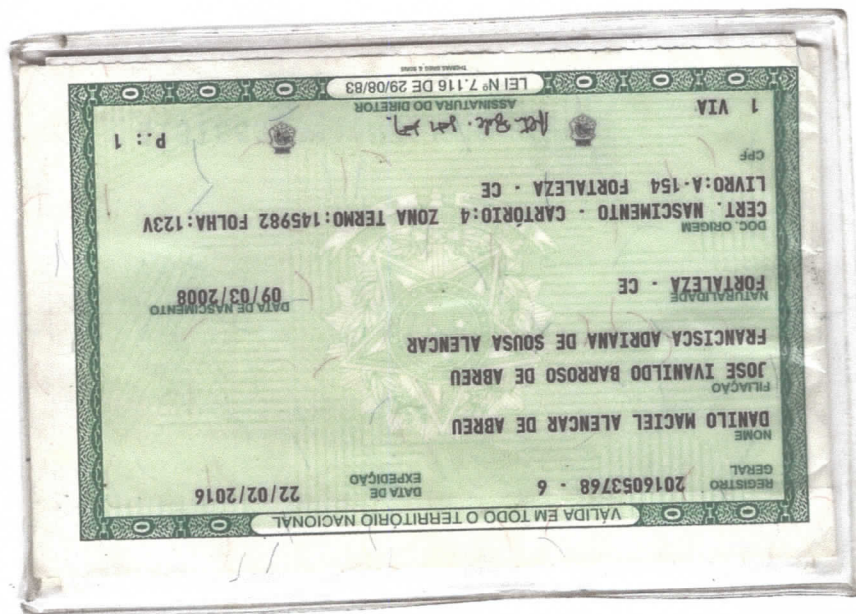
DATA: 25/1/18

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 5674 TRT. 7.207

05/02
09:04

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 26/03/2019 às 17:12, sob o número 01197525720198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0119752-57.2019.8.06.0001 e código 45E432A



VÍTIMA DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU
CPF/CNPJ: 08577775305

Posição em 26-03-2019 14:44:37

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/09/2018	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00