

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Antonio Dalzielion David Farias Mendes</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão: <i>entregador</i>	Carteira de Identidade: <i>2004098137313</i>	
CPF nº: <i>116.970.566-69</i>	Residência: <i>Av. Odilon Aquino, nº: 1055</i>		
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Tauá</i>	Estado: CE	CEP: <i>63660-000</i>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber pagamento e quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 02 de 10 de 2015.

X *Antonio Dalzielion David Farias Mendes*
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Dalzielison David Farias Mendes, brasileiro o, solteiro, entregador, portador da Carteira de Identidade/RG nº 2004098137313 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 115.970.566-69, residente e domiciliado na cidade de Tauá, estado de Ceará, Av. Odilon Aguiar, nº 1053, Centro, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 02 de 10 de 2015

X Antonio Dalzielison David Farias Mendes
Declarante

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

NOME
ANTONIO DALIELSON DAVID FARIAS MENDES

DOC. IDENTIDADE / DOCUMENTOS
2004098137313 SSPDS

CPF
115.970.566-69

DATA NASCIMENTO
19/06/1991

FUNCAO
ANTONIO DE ARAUJO
MENDES
ANTONIA JOZELIA DE
FARIAS

PERMISSAO
ACC
CAVALA

REQUISITO
05014819311

VALIDADE
10/04/2015

1º HABILITACAO
20/08/2010

SEM OBSERVACAO

Assinatura do Portador

LOCAL
PORTALEZA, CE

DATA EMISSAO
23/08/2012

64414508841
CE124162019

PROCURADOR PLASTIFICAR
465373323

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
465373325

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

Nº DO CLIENTE
5245974-8

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

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B - SÉRIE B - 111)

Rota **06 37000 03 157650 - 5** Data de Emissão **09/04/2015**

Nome **ANTONIA JOZELIA DE FARIAS**

End. Postal **AV ODILON AGUIAR 01055 CS B**
CENTRO - TAUA - 63660000

Medidor **2553736**

Poste **0000 0000**

Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA** de Potência **0,00**

RG / CPF / CNPJ **400753033-53**

CGF

Nome do Responsável

DATAS **ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Mês de Referência **Abr/2015** Data da Apresentação **09/04/2015** Próxima Leitura **09/05/2015**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto **IRUR** Mês **Fev/2015** **ELSD 18,41**

DICRI = 0,00

ICMS
Base do Cálculo (R\$) **92,74** Aliquota **27,00%** Valor do Imposto **25,03**

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,67	11,34	22,69	0,00	0,00	0,00
FIC	3,42	6,85	13,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,29			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
ED02, E5A6, 010E, 6960, E276, 5732, 552D, E582

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4114	3973	1,00	141	0,00	30	0,25 0,22	0,10
					70	0,35 4,06	17,62
					41	0,55 1,19	24,29
09/04/15	10/03/15		30 DIAS		141		58,00

DESCRIÇÃO **VALOR (R\$)**

VALOR CONSUMO DO MES	58,00
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,16
MULTA MORATORIA REF 03/2015	1,43
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,18
JUROS DO MES	0,68
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	8,14
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,02
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,32)	

VENCIMENTO **16/04/2015**

TOTAL A PAGAR (R\$) **80,41**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	26,91
Transmissão	0,55
Distribuição	18,49
Encargos Setoriais	1,50
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	30,53
TOTAL	69,98

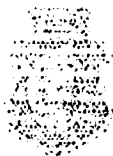
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

141	141	154	156	165	144	155	128	135	129	132	128	135
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.
Emitido kg(CO₂) **60,94** Compensado kg(CO₂) **0,00** Consciência Ecológica (% CO₂) **0**

informações importantes e avisos de vencimento



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 18817/2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 27/05/2015 11:13:57

Data / Hora da Ocorrência: 08/04/2015 17:00:00

Endereço da Ocorrência: R. CENTRO

NAO INFORMADO CATARINA /CE

Nome do Referenciado: POSTO DE COMBUSTIVEL

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS MENDES

Nascimento: 19/04/1991

CNH: 46573725 Órgão Emissor: DETRAN - UF: CE - CTP

Libere: ANTONIA DE ARAUJO MENDES

ANTONIA JOZELIA DE FARIAS

Endereço: AV ODILOON AGUIAR 1055

CENTRO 63600000

TAUÁ - CE - BRASIL

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: YAMAHA/YBR 125K

PLACA: DCL7889 ARNÚCIO /UF: TAUÁ / CE

MODELO/FABRICAÇÃO: 2011/2011 COR: VERMELHA

EL NAYAM: 498557160 CHASSI: 9C6KE1526B0069429

SITUAÇÃO: RESTITUIÇÃO PROPRIETÁRIA: ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS MENDES

CONDIÇÃO VINCULO: NORMAL

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, perdeu o controle da moto caindo ao chão, sofrendo trauma em tornoz, onde deu entrada no Hospital São Camilo em Tauá/CE. Que não teve ajuda do Corpo de Bombeiros, SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito e que tomaram conhecimentos do acidente as pessoas de ANTONIO LINDENBERG ARAUJO ALEXANDRINO e MATTEUS FELIPE MAIA DE OLIVEIRA. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

TICIANO VASCONCELOS LÔBO - MAT.: 198817-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Mateus Felipe Maia de Oliveira

VINÍCIO DE DELEGACIA:

GREGÓRIO JOSÉ DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

X MATEUS FELIPE MAIA DE OLIVEIRA

DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

Pág. 1 de 2

Impressão em 27/05/2015 11:28

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

Profiutário: 000872 Atendimento: 0010 CNS: 705007687461253 Guia Aut:
 Paciente: ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS MENDES Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
 RG: 2004098137313 Nascimento: 19/06/1991 Local: TAUA/CE Idade: 23 Ano(s)
 Pai: ANTONIO DE ARAUJO MENDES Mãe: ANTONIA JOZELIA DE FARIAS
 Endereço: AVENIDA ODILON AGUIAR, 1060 Telefone: 88 99973390 CEP: 63660-000
 Bairro: CENTRO Município: TAUA UF: CE
 Profissão: ENTREGADOR Empresa:
 Convênio: SUS Matrícula:
 Cônjuge: Responsável: ANTONIA JOZELIA DE FARIAS
 Endereço: AVENIDA ODILON AGUIAR, 1060 Município: TAUA UF: CE
 Data Atendimento: 08/04/2015 Hora: 17:47 CID: Sala:
 Profissional: Funcionário: LUIZA CRISTINA DA SILVA VENANCIO
 Tipo Atendimento: CPF do Responsável:
 Indicador de Acidente:
 Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X
 Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Relato sobre a história da
 dor e seu início a dor no
 22 e seu início a dor no
 12 e 17h com sintomas de...

Carimbo e Assinatura do Médico
 Antonio Filson Pedrosa
 Médico do Trabalho
 SBCM 27752

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

14 de 1000	500 (48)	60.975.737/0071-64
fraseologia - 07-11		SOCIEDADE BENEFICENTE
4200	18/05	SÃO CAMILO
R. 12, 12		Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
12, 12	18/05	CEP: 63660-000
		TAUA, CEARÁ
		CONFERE COM O ORIGINAL

observação ALI. Manter

Assinatura Paciente/Responsável
 Antonio Jozelia

- 1) SVD
- 2) HC 150
- 3) U.S. Abd. D. 12/04/15
- 4) M. C. H. C. 20/03

23:10
 14/10
 100 at 5000
 22/04/15

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

Prontuário: 000872 Atendimento: 0008 CNS: 705007687461253 Guia Aut:
Paciente: ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS MENDES Est. Civil: Solteiro(a) Sexo: M
RG: 2004098137313 Nascimento: 19/06/1991 Local: TAUA/CE Idade: 23 Ano(s)
Pai: ANTONIO DE ARAUJO MENDES Mãe: ANTONIA JOZELIA DE FARIAS
Endereço: AVENIDA ODILON AGUIAR, 1060 Telefone: 88 99973390 CEP: 63660-000
Bairro: CENTRO Município: TAUA UF: CE
Profissão: ENTREGADOR Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: ANTONIA JOZELIA DE FARIAS
Endereço: AVENIDA ODILON AGUIAR, 1060 Município: TAUA UF: CE
Data Atendimento: 08/04/2015 Hora: 08:27 CID: Sala:
Médico: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR CRM/UF: 12185/CE
Tipo Atendimento: Funcionário: ÍTALO AGUIAR ANDRADE
Indicador de Acidente: CPF do Responsável:
Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

- Queda de moto

- Trauma Torácico à (V)

- Dor

José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.185 TEOT 11.977

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR - CRM: 12185

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Rx curar contusões VE } AP
Abelgas

① Dolerência em + base de VE lento.

José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.185 TEOT 11.977

Assinatura Paciente/Responsável

60.975.737/0071-64
SOCIEDADE BENEFICENTE
SÃO CAMILO
Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
CEP: 63.660-000
TAUA (CEARA)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Fls. 19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.S.L.

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.S.L.

3 - CNES

24181104

4 - CNES

24181104

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio Dabelison David Farias Mendes

6 - DATA DE NASCIMENTO

19/06/1991

7 - SEXO

M

8 - NOME DA MÃE

Antonia Izabela de Farias

9 - ENDEREÇO

Rua Edmundo Pinto da Silva, 43, Campo Velho

Crato

10 - Cód. de Reg. do Imóvel

11 - UF

CE

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

12 - HISTÓRICO DAS DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

Recusa intencional de casar (B) /
Abandono do familiar, depresso e
alcof.

13 - FUNDAMENTO PARA JUST. DA INTERNAÇÃO

Recusa intencional

14 - FUNDAMENTO PARA RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

15 - EXAMES DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

21 - CID 10 PRINCIPAL

R100

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041070140161

17 - CLÍNICA

18 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

10515123121111

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Médico

CPM: 3553

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

37 - NOME DO EMPREENDEDOR

EMPREENDEDOR

() AUTÔNOMO

() DESSEMPREGADO

() APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

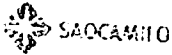
44 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL)

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



FOLHA DE EVOLUÇÃO

Antº: Valdirio Da Silva Freitas Mendes

IDENTIFICADÓRIO: 948823

POSTO: Clin. Cirúrg.

LEITO: 83

DATA

Em 15 de 16:30h Realizada SVD nº 18 a pedido
médico com diátese presente sem intercorrimentos.

*100% satisfatório e oportuno
para o que se pede*

Francisco José Bezerra
Médico

*10/10
Eduardo
10/10
10/10
10/10*

Francisco José Bezerra
Médico

*10/10
10/10
10/10*

Francisco José Bezerra
Médico

Francisco José Bezerra
Médico
CRM 1555

Nome ..
Nascimento 19/06/1991
Local ..
ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS MENDES

ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS
Local
CRATEUS
Raça/Cor
Parda
Etnia
Nascimento
19/06/1991
Sexo
Masculino
Documento(s)
CPF 115 970 566-69
Endereço
RUA EDMUNDO PINTO DA SILVA
Fone
(88) 9997-3390
Profissão
Responsável
ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS MENDES
Endereço Responsável

Mac
ANTONIA JOZELIA DE FARIAS

Data Hora
09/04/2015 15:42
Cor-vênio
SUS
Médico
FRANCISCO JOSE BEZERRA
CID Principal

Observação

suário
ROBSON MAGALHAES BESERRA
da Saida Hora

Procedimento SUS

Condição da Saída

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
a citado, neste Hospital.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por jetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

9997 339C. Anta Jaelma (mãe).
997C 120S. Antão (pai).

3 de abril de 2015.

Impresso: ROBSON MAGALHAES BESERRA

Assinatura do responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011691412907

DETRAN - CE
Superintendente
Igor Fontes

DATA 04/12/2014

LOCAL TAUÁ

VEÍCULO
ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MÃO APLIC.
MARCA / MODELO YAMAHAF/FACTOR YBR125 K
ANO FAB. 2011
ANO MOD. 2011
CATEGORIA VERMELHA
COTA ÚNICA 2F/0CV/124CC
PARCELAMENTO / COTAS 2º/*****
VENC. COTA ÚNICA 1º/*****/**
VENC. COTA ÚNICA 3º/*****/**
PREMIO TARIFARIO (R\$) *****/**
IOF (R\$) *****/**
PREMIO TOTAL (R\$) *****/**
OBSERVAÇÕES *****/**

ANTONIO DALIELSON DAVID FARIAS
CPF / CNPJ 00398557160
PLACA ANT / UF DCL7589/CE
CHASSI 9C6KE1520B0069429
CE 9C6KE1520B0069429

TAUÁ
CPF / CNPJ 11597056669
PLACA DCL7589/CE

EXERCÍCIO 2014
R.N.T.R.C. 0000000000
EXERCÍCIO 2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011691412907 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

EXERCÍCIO 2014
DATA EMISSÃO 04/12/2014
VA 01
RENAVAM 00398557160
MARCA / MODELO YAMAHAF/FACTOR YBR125
ANO FAB. 2011
ANO MOD. 2011
CHASSI 9C6KE1520B0069429
PLACA DCL7589
PREMIO TARIFARIO
RNS (R\$) 129,04
DENATRAM (R\$) 14,34
CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
IOF (R\$) 1,11
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 292,01
DATA DE QUITAÇÃO 03/12/2014
PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO
CNPJ 08.248.008/0001-04
www.seguradoralider.com.br
MDTOR: 5359E-069409
01538

AUTENTICO PARA OS DEVIDOS EFEITOS A PRESENTE
CÓPIA REPROGRAFICA DO ORIGINAL QUE ME FOI
APRESENTADO EM CARTÓRIO PELA PARTE INTERESSADA
Doutor
Tauá-CE
Em testemunha
de vobidade,
27 MAI 2015
Jane Kelyza de Oliveira Souza - Tabella
Maria Ayrmar de Oliveira - Substituta

Uma Catherine Mota Oliveira
escrevente autorizada

ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS MENDES

ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS MENDES

pagamento@comprevseguros.com.br

[Adicionar aos contatos](#)

17/09/2015

Para: boni.junior@hotmail.com



Informamos abaixo o processo que sofreu movimentacao durante o dia 17/09/2015, ficamos a disposicao para qualquer esclarecimento.

Responsavel pela alteracao: ANA QUEIROZ

Nome da Vitima	Cobertura	Nnmero do Sinistro	Situacao	Observacao
ANTONIO DALIELISON DAVID FARIAS MENDES	INVALIDEZ	3150682233	PROCESSO INDENIZADO	DATA PAGAMENTO: 17/09/2015 VALOR PAGAMENTO: 8100.00