

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES

Nº Sinistro: 3180204388

Vitima: RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 30/08/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180204388**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12800535



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES

Nº Sinistro: 3180204388

Vitima: RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 30/08/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180204388**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12811677



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES**

Nº Sinistro: **3180204388**
Vítima: **RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES**
Data do Acidente: **30/08/2014**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180204388**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

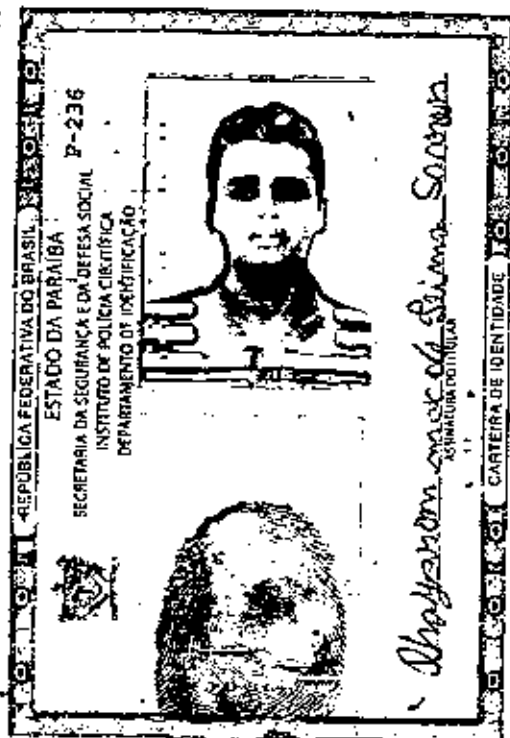
Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13583569





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.216.149 DATA DE EMISSÃO 30/12/2013

NOME RAYSSON MAX DE LIMA SOARES

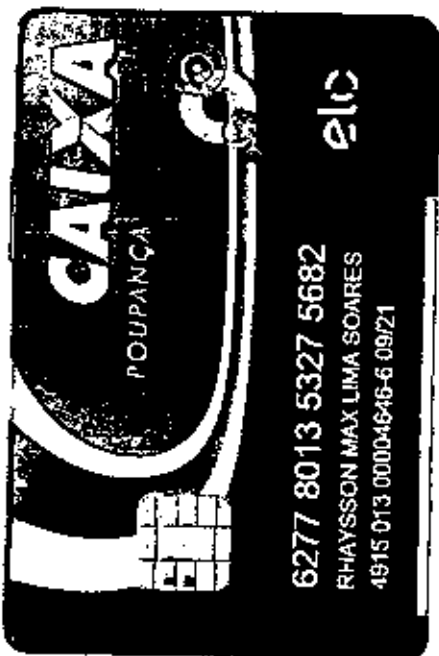
FLAVIANO SOARES
KATIA CRISTINA SILVA DE LIMA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 13/05/1996

CPF 070.497.484-60

JOÃO PESSOA - PB

LEI Nº 7.119 DE 29/08/83



KATIA CRISTINA SILVA DE LIMA
RUA GOV. TARCÍSIO DE MENDONÇA EURYTY, 581/DO 71 LT 07 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA - PB CEP: 55058-205 (AO: 1)

Emissão: 08/03/2018 Referência: Mar / 2018

Classificação: RESIDENCIAL (BARRA REMIDA MONETÁRIA) 220, Km 25 - Creta Pretinha - João Pessoa - PB - CEP: 55071-400

Roteiro: 3 - 5 - 276 - 1500 NF Medidor: 0000056292

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.025.163/0001-43 Ins. Est. 15015-622-0

Nº da Fatura/Conta de Energia Elétrica: 154-600
Cód. para Del. Automática: 00001438172

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI

Mar / 2018 08/03/2018 09/04/2018 76059618472

UC (Unidade Consumidora): 5/743617-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.408, de 26 de abril de 2002.

- Fim da energia é a maior redução. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda o cliente que não utiliza a energia pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.

- Chame os vizinhos e amigos e entre no comitê de segurança do bairro para transmitir a mensagem, abra e chame a atenção da comunidade.

Governo Federal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/02/18	18982	08/03/18	18989	1	227	21
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base
				CC (R\$)	CC (R\$)	CC (R\$)
0001	Consumo até 20kWh-ER	20,000	0,244340	7,28	7,28	0,28
0001	Consumo - 21 a 100kWh-ER	70,000	0,412960	28,90	28,90	0,28
0001	Consumo - 101 a 220kWh-ER	120,000	0,628840	75,46	75,46	0,28
0001	Consumo acima de 220kWh-ER	7,000	0,688820	4,82	4,82	0,28
0010	Subsídio			45,02	45,02	0,28
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0027	CONTRIB. SERV. LIMP. P. UCA			0,27	0,27	0,28
0004	JUROS DE MORA 01/2018			1,44	0,00	0,00
0005	MULTA 01/2018			2,71	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,53	0,00	0,00
0909	Devolução Subsídio			-31,18	0,00	0,00

Autorização de pagamento



CC Código de Classificação do Item TOTAL 141,01 162,22 42,78 162,22 1,08 5,08

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 15/03/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 141,01

Histórico de Consumo (kWh)

216 | 183 | 206 | 176 | 205 | 137 | 188 | 117 | 193 | 205 | 218 | 206

Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

6ed2.7139.c946.55d9.377f.6b5f.b460.f490.

Indicadores de Qualidade 1/2018-Mangabera

[illegible]

Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
Delegacia Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



Indiv. 2

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00728.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00728.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 12 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 09:42 horas, compareceu KÁTIA CRISTINA SILVA DE LIMA, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Auxiliar de Higienização, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 12 de Abril de 1971, idade 45, filiação Josefa Maria da Silva e Tadeu Fernandes de Lima, Documento - CPF: 760.596.184-72, residente Rua Governador Tarcísio de Miranda Burty, SN, [NÃO INFORMADO], na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98702-5088

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 30/08/14, por volta das 15:20h, quando seu filho de nome RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 18 anos de idade, RG. 1.512.353-SSP/PB, conduzia a motocicleta de marca HONDA/NXR 150 BROS ES, cor vermelha, ano 2008/2009, de placa NPU-8678/PB, chassi nº 9C2KD04209R033274, registrada em nome de Hailton Willans da Cunha A Junior, pela Rua João Batista da Silva, no Bairro da Mangabeira VIII, nesta cidade de João Pessoa/PB, após atingir um veículo que obstruiu sua passagem, perdeu o controle da direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura da diáfise do fêmur direito, sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 12 de Abril de 2016

Kátia Cristina Silva de Lima
KÁTIA CRISTINA SILVA DE LIMA
Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escritório da Polícia Civil

26-468-2013 15:34 588102 1/1



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	707 493 484-60	RHAYSSON MAX LIMA SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
RHAYSSON MAX LIMA SOARES			
Endereço		Número	Complemento
RUA GOV. TARCÍSIO DE MIRANDA Burity		S/N	QD 31, LT 03
Bairro	Cidade	Estado	CEP
MANGABEIRA 8	JOÃO PESSOA	PARAÍBA	58059-205
Email			Telefone (DDD)
RHAYSSON_MAX13@HOTMAIL.COM			(83) 8778-9414

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 4915 D/V 013 CONTA NRO. 004646 D/V 6 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

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

JOÃO PESSOA 02 de Abril de 2018
Local e Data

Max Lima Soares
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RHAYSSON MAX DE LIMA SOARESRG nº 4.216.149, data de expedição 30/12/2013 Órgão SSP/PB

CPF nº 307.497.484-60 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 GOV. TARCÍSIO DE MIRANDA BURTU</u>
Número	<u>S/N, QD 71, LT. 07</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MANGABEIRA 8</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58059-205</u>
Telefone de Contato	<u>81-98738-9414</u>
E-mail	<u>RHAYSSON.MAX13@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 02 DE Junho DE 2018Assinatura do Declarante: x Rhaysson max de Lima Soares

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

RAYSSON MAX DE LIMA SOARES
ASSINATURA DIGITAL

CARTÃO DE IDENTIDADE

CAIXA
POUPANÇA

6277 8013 5327 5682
RAYSSON MAX LIMA SOARES
4915 013 00004646-6 09/21

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.216.149 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/12/2013

NOME RAYSSON MAX DE LIMA SOARES

FILIAÇÃO FLAVIANO SOARES
KATIA CRISTINA SILVA DE LIMA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 13/05/1996

CPF: 67.389.114-65
CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA PB

707.497.484-60

JOÃO PESSOA - PB

Isabel Azeiteiro de Silva Nêc
Assessoria de Identificação e Crim

LEI Nº 7.116 DE 28/08/93

KATIA CRISTINA SILVA DE LIMA
RUA GOV TARCISO DE MIRANDA BURITY, S/Nº QD 11 LT 07, MANAÉSEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58998-205 (AG: 1)

Emissão: 08/03/2018 Referência: Mar / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO B-220, Km 25 - Gruta Pedreira - João Pessoa / PB - CEP 58011-880

Roteiro: 3 - S - 376 - 1300 Nº medidor: 0000256283

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.955.182/0001-40 Insc Est 15015622-0

Nº da Fatura: Centro de Energia Elétrica M005 154 337
Código para DTE Automática: 00001436 173

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI

Mar / 2018 08/03/2018 09/04/2018 76059618472

UC (Unidade Consumidora): 5/743617-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

- Furtos de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e danoso. E ainda prejudica até quem não fura, o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.

- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 05/02/18 Leitura 12663	Data 09/03/18 Leitura 12990		227	31

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,244840	7,34	7,34	27	1,59	7,34	0,05
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,119900	29,29	29,29	27	7,93	29,29	0,20
0801	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	120,000	0,079940	75,58	75,58	27	20,41	75,58	0,51
0801	Consumo acima de 220 kWh-BR	7,000	0,059820	4,09	4,09	27	1,07	4,09	0,03
0810	Subsídio			45,02	45,02	27	12,15	45,02	0,30
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB SERV JUM PÚBLICA			5,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2018			1,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018			2,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0828	Devolução Subsídio			-31,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCL Código de Classificação do Item TOTAL 141,01 162,22 43,78 162,22 1,09 5,06

Média últimos meses (kWh) 189

VENCIMENTO 15/03/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 141,01

Histórico de Consumo (kWh)

218 | 189 | 208 | 178 | 205 | 137 | 188 | 117 | 193 | 205 | 218 | 205

Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

6ed2.7139.c946.55d9.377f.6b5f.b460.f9d0.

Indicadores de Qualidade 1/2018 - Manáseira

Documentação médica - hospitalar



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Rafael M. Lima

Acidose

@Beto Jerald
way 19
tara 1 cp 100
dis.

Dr. Ronaldo Gomes Pereira
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Joelho
CRM 6450 TEOT 12163

Assinatura e Carimbo

(30/06/15)



INSTITUTO DE
SAÚDE
VEGETAL



CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: RNAYSON MB

2 USO ORAL

4/paroxetina 400mg
tomar 01 cp 12-12h

2) 48mg
tomar 01 cp 6/6h

Dr. Umberto J. J. J. J.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13511-0
Clin. Assinatura e Carimbo



INSTITUTO DE
SAÚDE
VEGETAL



CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Phonso- M. M.

uso oral

0,3mg fenil
100mg
tomar 1 cp 2x ao
dia.

Dr. Carlos Gomes Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13511-0
Clin. Assinatura e Carimbo

30/11/11



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Rheyson Max de Lima Soares 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 P72.3, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 90
(noventa) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 30/08/2014
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)
José Rennó Gonçalves
MÉDICO
CRM 0122

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

X VIA-PACIENTE Z VIA-ANEXAO PROMTUARIO DE ATENDIMENTO



JOÃO PESSOA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou drogaria
2ª Via Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

10.202.434/0001-281

CRM: _____

GOV. RNADGOB. MANGABEIRA

Endereço: _____

Endereço: _____

Mangabeira II - CEP 58055-380

Cidade: JOÃO PESSOA - PB

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou drogaria
2ª Via Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>10202434/0001-287</u>	
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA	
CRM:	GOVERNADOR TÁRCISIO BURITTY
R. Agente Fiscal José Duarte, S/N	
Endereço Completo e Telefone: <u>CEP 58056-384</u>	
<u>JOÃO PESSOA - PB</u>	
Cidade:	UF: <u>PB</u>

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Thayana Maria de Lima
Soares

Endereço:

R. Governador Tarcísio Buritty
Unidade 514, S/N, L 02, Mangabeira

Prescrição:

Uso oral
Dipropionato de Seng — 270mg
Tomar 01 comprimido de 818h,
Data 07.10.15 por mais 3 meses

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Órgão Emissor: _____
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____	
Data _____	



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr(a) Priscilla Sum Mox 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 Fx Infectado da Píase de um
de suas atividades laborativas por um período de 30
Conto e vinte dias, a partir desta data.

João Pessoa, 29.08.14

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



SECRETARIA DE SAÚDE
MANGABEIRA
PERNAMBUCO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr(a) RAFAELSON portador(a) da
identidade RG 12.04.2015 que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 12.04.2015 horas, portador(a) da
patologia CID-10 Am e me, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
50 dias dias, a partir desta data.

João Pessoa, 12.04.2015

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1. VIA-PACIENTE 2. VIA-ARXPA AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Rua do Ficar José Costa Duarte, 504, CEP 55016-344, Mangabeira - PE

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: RAFAELSON

DATA DO ATENDIMENTO: 01/01/15

IDENTIFICADOR: U. 3000

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Rafaelson

DIAGNÓSTICO: Am e me

PROCEDIMENTO: Dr. Rafaelson

Dr. Rafaelson

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Ruaneison Max</u>	PRONTUÁRIO Nº
IDADE: <u>12</u> ANOS	SEXO: <u>M</u>
COR: <u>P</u>	CLÍNICA: <u></u>
END: <u></u>	UF: <u></u>

DATA DE ADMISSÃO: <u>20.08.14</u>	DATA DE ALTA: <u>12.09.14</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u></u>
-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura Diáfise da Fêmur</u>	CID: <u></u>
DIAGNÓSTICO DE FIM DE TERAPIA: <u>Fratura Diáfise da Fêmur</u>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: <u></u>	
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Radiografia</u>	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: <u>Osteossíntese</u>
--

TERAPIA MÉDICAMENTOSA: <u></u>

ANATOMIA E PATOLOGIA: <u></u>

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO	CYTOXEN MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO
--	---

RESULTADO DO BACTEIOLOGIA: <u></u>

CONDIÇÃO DE ALTA: ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESULTADO CLÍNICO: <u>Paciente evoluiu com cicatrização da ferida e sem complicações</u>
HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES: <u></u>
<u></u>
<u></u>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: <u>Leve</u>
REPOUSO: Relativo em casa por <u>15</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>15</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>30</u> dias e com esforço maior em <u>45</u> dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u></u>

RETORNO: Ao posto de saúde em <u>15</u> dias para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u></u> em 30 dias para revisão.

DATA: <u>12.09.14</u>	ASS. MÉDICO / CRM: <u></u>
-----------------------	----------------------------

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Ruysen Max herne</u>		PRONTUÁRIO Nº		
IDADE	SEXO	COR	ESN	LEITO

DATA DE ADMISSÃO: <u>29.09.14</u>	DATA DE ALTA: <u>26.12.14</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA
-----------------------------------	-------------------------------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Ar infectado de deapre</u>	CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>du pneum</u>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS	

PRINCIPAIS EXAMES: <u>Radiografia e exame físico</u>
--

PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Osteomielite</u>

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO	CULTURA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO
---	---

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA	☐ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO
-------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: <u>líquida</u>

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
--

MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Cefalexina e Dexamet</u>

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA: <u>26.12.14</u>	ASS. MÉDICO / CRM
-----------------------	-------------------

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



PREFEITURA DE
JOÃO PESSOA
PARA VIVER MELHOR

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

Atendendo o requerimento nº 504/133, declaramos para os fins de direitos que constam em nossos registros, sobre protocolo: 424644, o atendimento e atendimento hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente **RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES**, idade 18 anos, vítima de acidente automobilístico (Queda de Moto) no dia 30/08/2014, Rua João Batista da Silva, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar São Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

João Pessoa, 20 de Abril de 2015.


Jefferson da Rocha Augusto
Estafetista - 152 - SAMU 192 JP
SAMU 192 JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa



CERTIDÃO

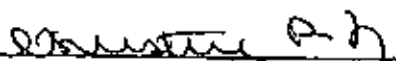
Nº. 2959/2015

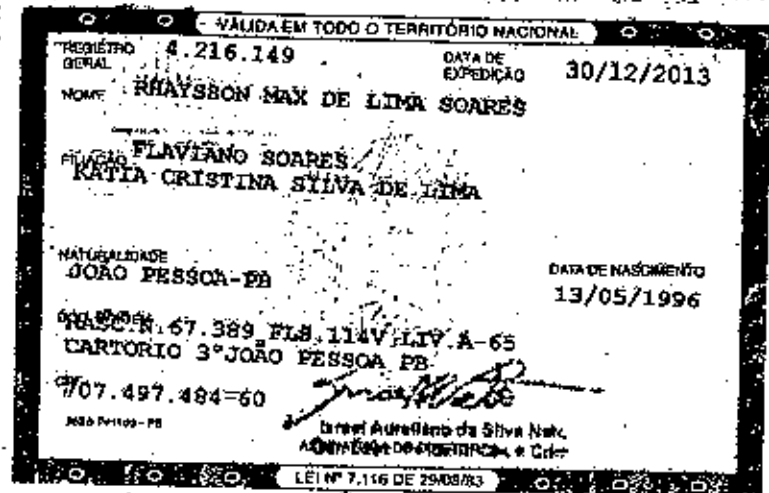
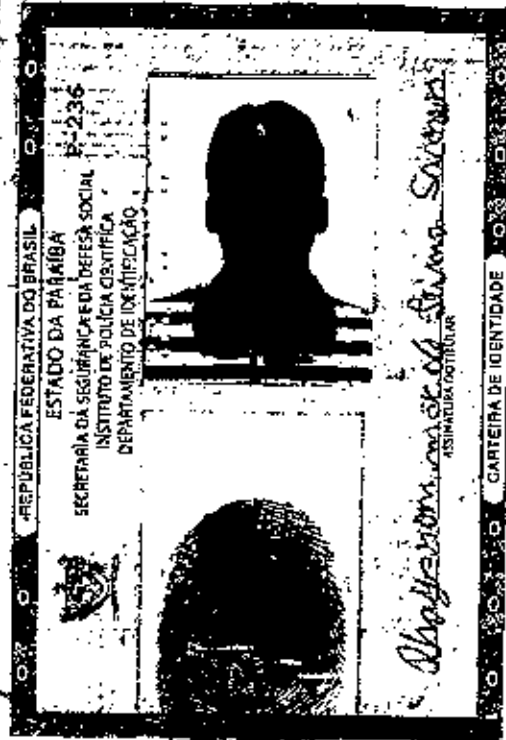
Atendendo solicitação de **RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burit, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 685261 e Prontuário Nº 2014.08.003099 pertencentes ao requerente que foi atendido no dia 30/08/2014 às 16H27, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma de coxa direita e corte contuso na mão direita.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da diáfise do fêmur direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/09/2014 com alta dia 15/09/2014.

Para constar eu, Christine Maria de Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 dezembro de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



KATIA CRISTINA SILVA DE LIMA
RUA DOV TARCISO DE ARAUJO BURTY, S/Nº 107 LT 07, MANGABEIRA
JOÃO PESSOA/PB CEP. 58058-205 (AG. 1)
Emissão: 09/03/2018 Referência: Mar/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRACAGEM MONOFÁSICO B220, Km 25 - Caisa Rênditor, João Pessoa/PB - CEP: 58071-080
Roteiro: 3 - 5 - 328 - 1300 Nº medidor: 00009056293

ENERGISA PARARÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.035.183/0001-49 Insc. Est. 16.015.823-0

Módulo Faturamento de Energia Eficiente (MFE) 154.937
Cód. para Dtb. Automático: 00002406173

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RANI:
Mar/2018 08/03/2018 09/04/2018 76059618472

UC (Unidade Consumidora): 5/743617-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.429, de 26 de abril de 2002.
- Furo de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica a quem não faz: o furo prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mesmo: transtornos de energia, zebra e churrumunga, Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
05/02/18	12583	08/03/18	13895	1	277	31
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alc. (R\$)	Base (R\$)
0601	Consumo até 20kWh-ER	20,000	0,244940	7,34	7,34	7,34
0601	Consumo - 21 a 100kWh-ER	70,000	0,418300	29,28	29,28	29,28
0601	Consumo - 101 a 720kWh-ER	120,000	0,628040	75,36	75,36	75,36
0601	Consumo acima de 720kWh-ER	7,000	0,609820	4,27	4,27	4,27
0610	Subsídio			45,02	45,02	45,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIB. SERV. ALIM. PÚBLICA			5,37	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 01/2018			1,44	0,00	0,00
0605	MULTA 01/2018			2,71	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,53	0,00	0,00
0608	Devolução Subsídio			-31,10	0,00	0,00

COL Código de Classificação do Item TOTAL 141,01 162,22 42,78 162,22 1,09 5,06

Média últimos meses (kWh) 185 VENCIMENTO 15/03/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 141,01

Histórico de Consumo (kWh)

6ed2.7139.c846.55d8.377f.6b5f.b460.f090

Indicadores de Qualidade 1/2018 - Mangabéla

COBERTURA SOLICITADA ☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Phaizor MAD DE LIMA SOARES

DATA DO ACIDENTE 30.08.2014 POSSUI CPF (M) SIM () NÃO NE CPF 707.497.484-60

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovante de despesas médicas e despesas com medicamentos, juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprova
- ☐ Autorizaçã

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: () Sim () Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes (junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes (junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DE CASAMENTO, com data atual (cópia simples)**
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge**
 - ☐ BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHOS(A))
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Phaizor MAD DE LIMA SOARES

Quem é o portador? (M) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail Phaizor.mad@laser.com.br Telefone 08778.3414

Data 02/10/12 Assinatura Phaizor MAD DE LIMA SOARES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Av. PMS. PIRATAS PESSOAS

Atendente Letícia ROCHA Matrícula _____

Data: 02/10/12 Assinatura: _____

Vinícius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinícius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em **medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4500 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes;
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: José Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160102/18
Vítima: RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES
CPF: 707.497.484-60

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 30/08/2014
Titular do CPF: RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES : 707.497.484-60

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: 26/04/2018
Nome: RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES
CPF/CNPJ: 707.497.484-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2018
Nome: MARCELA CARDOSO DA FONTOURA SANTOS
CPF: 143.687.977-95

RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES

MARCELA CARDOSO DA FONTOURA SANTOS