

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: JOAQUIM ALVES FARIAS, nascido em 25/04/1956, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 937657 SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº 438.312.657-04, residente e domiciliado na Rua Princesa Isabel, s/n, Centro, Groaíras-CE, CEP 62.190-000.

OUTORGADO: RENAN MARTINS ALBUQUERQUE, brasileiro, solteiro, advogado de OAB/CE nº 28.534, portador da cédula de identidade nº 2004010416904, inscrito no CPF sob nº 043.291.343-22, com escritório profissional na Rua José Ferreira do Nascimento, nº 1.010, Bairro Chico Jerônimo, Groaíras-CE, CEP: 62.190-000.

PODERES: Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula "ad judicium et extra", para, em nome do outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, em especial para propor AÇÃO DE COBRANÇA em desfavor da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, devido acidente automobilístico ocorrido em 28/04/2016.

DECLARAÇÃO POBREZA: Declaro com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que sou pobre na forma da lei e que não possuo condições financeiras de arcar com as despesas processuais sem prejuízo de meu próprio sustento, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Groaíras-CE, 21 de janeiro de 2019.

Joachim Alves Farias

Outorgante



REPUBLICA DE GUATEMALA
MINISTERIO DE DEFENSA Y FUERZAS ARMADAS
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS
CALLE 10-10
C.A. JOAQUIN LUIS PEREZ
JOSE CARLOS PEREZ
ANTONIO ALVARO PEREZ
GROUPE-CEMA 25/04/56
23/10/76



CIC

NASCIMENTO	25.04.56	INSCRIÇÃO NO CPF	438 312 057 04
CONTRIBUINTE	JOAQUIM ALVES FARIAS		

Levi A.
SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Joachim Alves Farias

2º Via

Cagece

0059838450



JACQUIM ALVES FARIAS
RUISSA ISABEL, 1111162
CROAZIAS

02/08/2016

001 002 003 004 005

001 002 003 004 005

AQUA A14-415856 6 100 70 7

22/08/2016 26/08/2016 23/08/2016

20/07/2016 16/07/2016

06/2016

015 015 005 015 015

015 015 005 015 015

015 002 008 015 015

ENSSAO UN EAC 2016 12/12/2016

Caro cliente, encontramos quitadas as latentes de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2015, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saud.

AQUA	54,25	54,25	0	0
DETA 1418 2%	5,11	9,29	0	0
JANUARI 0,033% AD IVA	1,11	2,61	0	0
			1	0
			2	0
			13	0
			16	0
			8	0
			9	0
			4	0
			0	0
			0	0

09/2016 06/10/2016 55,35

CERTIDA DE ATENDIMENTO

Indicamos ao usuário manter sua carteira atualizada junto a Cagece conforme resolução das Agencias Reguladoras.

0059838450 09/2016
001 002 003 004 005
001 002 003 004 005
001 002 003 004 005
001 002 003 004 005

Cagece

0059838450

09/2016

001 002 003 004 005

001 002 003 004 005

82040000000-4 55350009100-2 005983845000-4 03000131025-0





Termo: 0003797
Livro: 00012
Folha: 057



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:
JOAQUIM ALVES FARIAS e ANA LÚCIA MELO FARIAS

MATRÍCULA:
020909 01 55 1981 2 00012 057 0003797 71

NOMEIS COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔNJUGES

O nubente - JOAQUIM ALVES FARIAS, brasileiro, solteiro, garçon, nasceu em Groairas - Ceará, no dia vinte e cinco de abril do ano de mil novecentos e cinquenta e seis, residente em Sobral - CE, filho de José Sancho Farias e Antonia Alves Farias; a nubente - ANA LÚCIA MELO, brasileira, solteira, doméstica, nasceu em Groairas - Ceará, no dia dezessete de dezembro do ano de mil novecentos e sessenta e dois, residente em Sobral - CE, filha de Mercidio Feijó Melo e Lúcia Alves Melo

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

VIGÉSIMO QUINTO DIA DO MÊS DE JUNHO DO ANO DE UM MIL E NOVECENTOS E OITENTA E UM

DIA	MÊS	ANO
25	06	1981

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

JOAQUIM ALVES FARIAS e ANA LÚCIA MELO FARIAS

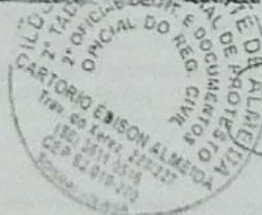
OBSERVAÇÕES E AVERBAÇÕES

NENHUMA

CARTÓRIO EDISON ALMEIDA - 2º OFÍCIO
Bel. Ildelfonso Cavalcante de Almeida
Travessa do Xerez, 223 - Centro
Sobral/Ceará
Fone (88) 3611 0546 Fax (88) 3613 2313



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
Sobral/CE, 14 de dezembro de 2011



Oficial Registrador

RIITA DE CÁSSIA GABRIEL COSTA
ESCRIVENTE SUBSTITUTA

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE
ENCARGAMENTO R\$ 15,07
FURGADO R\$ 2,30
TOTAL R\$ 17,37

Buscar no site



ACOMPANHAR ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos de Atendimento) ▾ CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170566932 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAQUIM ALVES FARIAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOAQUIM ALVES FARIAS

CPF/CNPJ: 43831265704

Posição em 09-08-2018 16:00:35

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última consulta.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/05/2018	Negativa por ausência de comprovação documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/EdRPKYc__8apeq+0uKFGtFapi_key=Vqnt69mayV3WNnWI__wpvWwDRGgD0fHLYPNazINEbsw=)
08/11/2017	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CHImpH0ZNj+4IWGbAaTapi_key=Vqnt69mayV3WNnWI__wpvWwDRGgD0fHLYPNazINEbsw=)
28/10/2017	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/GgAs8SgJlPluBt8plzfcBw=api_key=Vqnt69mayV3WNnWI__wpvWwDRGgD0fHLYPNazINEbsw=)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)
Documentos Invalidiz Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidiz-Permanente.aspx)
Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

- Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

```
(https://gitlab.com/duffy/cyberchef/-/blob/master/dpvtat_official/
%C3%AAdder-
dpvtat)
```

Serviços

- Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
- Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
- Saiba Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))
- Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
- Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

Dúvidas e Respostas

- » [A Seguradora Lider-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- » [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- » [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- » [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- » [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- » [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

Atendimento

- » Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- » Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- » Telefones de Contato (<http://seguradoralider.com.br/Contato/telefones-de-contato>)
- » Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- » Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraudes)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

TELEPHONE (28) 98808-8368

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ CARTeira de Identidade da Vítima ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira do Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (Cópia Simples)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)

7) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITÍMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

6) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE MATRIMÔNIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

1) CPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE D' RESIDENCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OUTROS DOCUMENTOS

REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, POUE SEM

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ CARTeira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou carteira nacional de habilitação (cópia simples)

☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

X) COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

X NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES).

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (COPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL

X AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZACAO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCARIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTAO BANCARIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) DE
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() OUTROS DOCUMENTOS

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTUO = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAU DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

- DESPESAS MÉDICAS (IDAM) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 7.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LIDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, QUE SERÃO ANEXADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR
GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA De Hout

IDENTIDADE 931.657

ASSINATURA *Francisco de Paula* ASSINATURA

DATA 02/10/11 MATR. CORREIOS 1087

None

AC 09/21/10
Geetha
09/16

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELER
Ag: 12301671 - AC GDAIRAS

GDAIRAS
CNPJ: 34028316236854 Tel: -
Ins Est.: 068420960

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGUADORA L
CNPJ/CPF: 0924860800011
Doc Post: 252530407
Contrato: 9912280636 Cod. Adm: 11205709
Cartao: 62267655

Movimento: 06/10/2017 Hora: -
Caixa: 83281298 Matrícula: -
Lancamento: 002 Atendimento: -
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: -

DESCRIÇÃO	QTD.
SEGURO DPVAT ATE 30	1
Valor do Porte(R\$):	21,75
Peso real (G):	200
CNPJ/CPF Remet: 43831265704	
Nome Remetente: JOAQUIM ALVES	
Endereço Remet: RUA PRINCESA	
Cont. Endereço: ENTRD	
Cap Remetente: 62190-000	
Cidade Remet: GDAIRAS	
UF Remet: CE	
POSTAL RESPOSTA DPV	1
Valor do Porte(R\$):	28,00
Cap Destino: 20031-205 (RJ)	
Peso real (G):	200
OBJETO: DY0586826658F	

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$)

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) prestado(s), o(s) qual(is) pasarei mediante apresentação de fatura. Os valores deste comprovante poderão sofrer alterações de acordo com as cláusulas contratuais.
Nome: _____ RG: _____
Ass. Responsável: _____

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-

Os prazos de entrega poderão sofrer atrasos.
CAC- Capitais e Reg. Metropolitano 30030100
Demais Localidades: 08007257282

VIA-CLIENTE

EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELER
Ag: 12301671 - AC GDAIRAS

GDAIRAS
CNPJ: 34028316236854 Tel: -
Ins Est.: 068420960

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGUADORA LIDER CONSTR. SEGU
CNPJ/CPF: 09248608000104
Doc Post: 252530407
Contrato: 9912280636 Cod. Adm: 11205709
Cartao: 62267655

Movimento: 06/10/2017 Hora: 11:54:41
Caixa: 83281298 Matrícula: 81600916
Lancamento: 002 Atendimento: 00001
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1368700321

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	21,75
Valor do Porte(R\$):		200
Peso real (G):		200
CNPJ/CPF Remet: 43831265704		
Nome Remetente: JOAQUIM ALVES FARIAS		
Endereço Remet: RUA PRINCESA ISABEL, 0 - C		
Cont. Endereço: ENTRD		
Cap Remetente: 62190-000		
Cidade Remet: GDAIRAS		
UF Remet: CE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	28,00
Valor do Porte(R\$):		28,00
Cap Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G):		200
OBJETO: DY0586826658F		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$)

49,75

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pasarei mediante apresentação de fatura. Os valores deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais.
Nome: _____ RG: _____
Ass. Responsável: _____

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Os prazos de entrega poderão sofrer atrasos.
CAC- Capitais e Reg. Metropolitano 30030100
Demais Localidades: 08007257282

VIA-CLIENTE

SARA 7.7.08



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta n°: 11896165

A/C: JOAQUIM ALVES FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170566932 ASL-0409916/17

Vitima: JOAQUIM ALVES FARIAS

Data Acidente: 28/04/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 16/10/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 28/04/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



ECT - EMP. E
Ag: 12301671
GROAIRAS
CNPJ: 340

EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS

301671 - AG GROAIRAS

IAS

CNPJ 34028316236654 Ins Est 068420960

COMPROVANTE DO CLIENTE

Movimento: 26/04/2018 Hora: 14:14:17
Movimento: 2 Caixa: 85184547 Matrícula: 81800916
Caixa: 8 Lancoamento: 009 Atendimento: 00006
Lancoamento: 00 Modalidade: A Vista ID Piqueto: 1463876373
Modalidade: A

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
CARTA COMERCIAL A V	1	7,55+
Valor do Porte(R\$)	2,55	
Cep Destino: 20011-904 (RJ)		
Peso real (G)	22	
OBJETO: JT105447742BR		

REGISTRO A VISTA
Selo:

REGISTRO A VISTA 5,00
Selo: 7,55

Valor Declarado no
No caso de objeto
utilize o serviço

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

TOTAL(R\$)=>
VALOR RECEBIDO(R\$)=>

TOTAL(R\$)=> 7,55
VALOR RECEBIDO(R\$)=> 7,55

SERV. POSTAIS: DIREITOS

Encomenda cilíndrica ou
Implica cobrança adicional

VIA-CLIENTE

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/76

Encomenda cilíndrica ou esférica
Implica cobrança adicional de R\$ 20,00

VIA-CLIENTE

SARA 7.8.01



Por: EDSON CALIXTO DA SILVA

Incluído/Atualizado por: EDSON

Scanned by CamScanner

CEI (Revolução)
 100% de boca e cervical sem sinais de fratura, de
 lesões agudas
 Conduta: Alta pela CE

Dr. José Soares Neto
 CRM: 52.101254-0

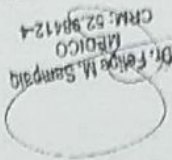


#NH#

Reente situa de trauma de face, 51 pontos de
 amarração, 51 pontos de sutura, 51 pontos de sutura, 51 pontos de sutura
 BCC: 15, 51 pontos de sutura, 51 pontos de sutura, 51 pontos de sutura
 TC de cervical: 51 pontos de sutura, 51 pontos de sutura, 51 pontos de sutura
 1M - tudo, sutura, sutura, sutura

TC de cervical: 51 pontos de sutura, 51 pontos de sutura, 51 pontos de sutura

Dr. José Soares Neto



9406

28 4 16

#CBMF: DO EXAM. CLINICO APRESENTOU FRATURAS CONTINUA EM ABLAS LATERAL SUPERIOR,
 MÚLTIPLA LATERAL SUPERIOR, LATERAL INFERIOR, FRATURAS DISTAIS EM ABLAS SUPERIOR
 EDEMA NASAL E BLEFAROTOMIA (E). (11, 12, 21)

SOLICITO TC DE FACE (NÃO NECESSÁRIO)

Dr. José Soares Neto
 CRM: 52.101254-0

DO EXAM. TOMOGRAFICO APRESENTOU FRATURA DE OSSO PROTUBERANÇAS NASAL E FRATURA DE
 PARAFRONTAL DE FIO MAXILAR?

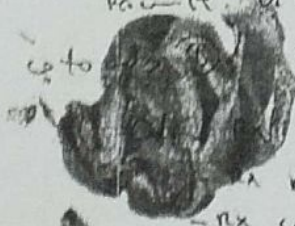
CONDUTA: SUTURA + TC + ANTIBIOTICOTERAPIA + TAMPONA MÚLTIPLA NASAL AUSENTE
 + ORTODONTIA

liberado pela especialidade e/ou encaminhado
 para o retorno ao ambulatório

SOT

Paciente vítima de trauma em orelha. Dor

Paciente vítima de trauma em região de boca.



tórax AP

- Rx cervical normal
 - Colar @ AP/P

Dr. José Soares Neto
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 52.101254-0

REVALUACÃO

SOT

Dr. José Soares Neto
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 52.101254-0

avaliação de face em
 edema ou sinais clínicos
 de fratura.

cas - 117 SOT



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

113245

/15

Nº VIA

1ª-OPM

Nº DA FL.

28/04/16
10-02

LOCAL DE OCORRÊNCIA

23-04

ALUGADO DO DEPARTAMENTO

Rio de Janeiro

INVESTIGADOR

15-02

Nº REGISTRO

1079/2016

DATA/HORA DO REGISTRO

28/04/2016 16h

COMUNICAÇÃO DOS FATOS

ORIGEM DA EXATIDÃO
EXATIDÃO IMPRIMIDA
EXATIDÃO IMPRIMIDAEXATIDÃO AO POLEAL
EXATIDÃO AO POLEAL

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO

28/04/16 16h

DADOS DA OCORRÊNCIA

EXATIDÃO AO POLEAL

01 129

EXATIDÃO AO POLEAL

01 129

DATA/HORA DO REGISTRO

28/04/16 16h

DATA/HORA DO REGISTRO

28/04/16 16h

DATA/HORA DO REGISTRO

DATA/HORA DO REGISTRO

DATA/HORA DO REGISTRO

DATA/HORA DO REGISTRO

DATA/HORA DO REGISTRO

DATA/HORA DO REGISTRO

PMERJ 23º BPA

TÍTULO DO REGISTRO

TÍTULO DO REGISTRO

TÍTULO DO REGISTRO

TÍTULO DO REGISTRO

TÍTULO DO REGISTRO

TÍTULO DO REGISTRO

A presente cópia é reprodução fiel de original.

Nº

426

COMPLEMENTO

COMPLEMENTO

COMPLEMENTO

COMPLEMENTO

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

Em 28/04/16

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

SINOPSE

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 113245

/15

Nº VIA 1ª - OPM

Nº DA FL.

2/2

Envolvido (Q3)

NOME COMPLETO / NOME SOCIAL Decreto Estadual nº 43.065

RAFAEL BISPO DE OLIVEIRA

SEXO

☒ FEMININO

☐ MASCULINO

Tipo de Envolvimento

☐ ACUSADO ☐ APREENDIDO ☐ AUTOR ☐ DESAPARECIDO ☐ SOLICITANTE ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☒ VÍTIMA ☐ OUTROS

VULGO

NATURALIDADE

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SINAIS CARACTERÍSTICOS

MINAS GERAIS

BRASILEIRO

24/11/1978

ESTADO CIVIL

☒ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIÚVO

RACA

☐ AMARELA ☐ BRANCA ☐ NEGRA ☒ INDÍGENA ☐ PARDAS

MAR

NADIR DE SOUZA BISPO

PAI

NANCER GONÇES DE OLIVEIRA

NÚMERO DA IDENTIDADE

ORGÃO EMISSOR

ESCOLARIDADE (Grupos)

☐ ANalfabeto ☐ BÁSICO ☐ FUNDAMENTAL ☒ MÉDIO ☐ SUPERIOR

CPF

049554596-17

Tipo de Logradouro

LOGRADOURO

(Av., Travessa, Rua, Est., Pça)

EST.

DO ITANHANGÁ

CEP

2709

COMPLEMENTO

CASA

BAIRRO

ITANHANGÁ

CEP

MUNICÍPIO

Rio de Janeiro

UF

REFERÊNCIA

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

Ocupação Atual

997993860

COZINHEIRO

BAM 294740

GUARNIÇÃO

SITUAÇÃO DO POLICIAL

FORMA DE POLICIAMENTO

Tipo de Policiamento

ESPECIE E DETALHAMENTO DE EXECUÇÃO

SECTOR

003

SUBSECTOR

15

NÚMERO DA VISTURA

54-6705

FUNÇÃO

☒ CMT ☐ PATRULHEIRO ☐ MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

1º SGT PM

RG

55776

NOME

RAFAEL

FUNÇÃO

☐ CMT ☐ PATRULHEIRO ☒ MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

2º SGT PM

RG

59678

NOME

HILTON MAR

FUNÇÃO

☐ CMT ☐ PATRULHEIRO ☐ MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

RG

NOME

FUNÇÃO

☐ CMT ☐ PATRULHEIRO ☐ MOTORISTA

GRAU HIERARQUICO

RG

NOME

HISTÓRICO

QUE APÓS DETERMINAÇÃO DE CP. A GUARNIÇÃO PROCEDEU AO LOCAL ONDE O COLETIVO DA LINHA 554 (KX M 4235 RJ) VEICULO M. BENT HILTON TORINO. O ANO 2013 DE COR BRANCA, QUE SEGUIA PELA LINHA NORMALMENTE, QUE AO PASSAR POR UM QUEBRA MARAS EM CONSTRUÇÃO RECENTE VEIO A SACUDIR A TRASEIRA DO COLETIVO VINDO A CAUSAR LESÕES CORPORAIS AS SEGUINTE VÍTIMA (Q3) COM BAM 294740, (Q4) COM BAM 294743. A GUARNIÇÃO AO PRESENCIAR AS VÍTIMAS, SOLICITOU IMEDIATAMENTE BRANCO ZERO PARA O LOCAL, ONDE LOGO CHEGOU A JIR ASE 299 COMANDADA P-LO J-TEU. BM PG 22179 LEVANDO VÍDEOS. ONDE REMOUEU AS VÍTIMAS AO HNMCC. E A GUARNIÇÃO APRESENTOU A OCORRÊNCIA Nº 15 D.P. PARA O REGISTRO DE LESÃO CORPORAL.

Obs: INFORMO AINDA QUE NÃO CONSEGUI DADOS DE (Q4)

PMERJ 23º BPM

Comissão HONRE RIBEIRO
BOT PM RG 56744
Id. Func. 2152808

A presente cópia é
reprodução fiel do
original.

RG DO CONDUTOR

50746

ASSINATURA DO CONDUTOR

LAO N.



IMPLANTO CENTER

Francis Joaquin Alves Soares

Atestado Abandono

Atesto para fins de trabalho que o paciente
supracitado esteve sob os meus cuidados na data
de hoje, necessitando de 3 (três) dias de afastamen-
to de suas atividades laborais.

Rio, 24 de maio de 2016.

Dr. Diego M. Spinelli
Cirurgião - Dentista
CRO - 43041

Tel: 2549-2620 - Cel: 98888-8042
Rua Siqueira Campos, 97 A - Sobrelôja
Copacabana - Rio De Janeiro - RJ



Ministério da Saúde



ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE C(A)I(S)R(A)I(S)

Alves Joaquin

937.657 (SSR, CARI)

PROF. ATENDIDO(A)

Cirurgia Buco Maxilo Facial

CLÍNICA OU SERVIÇO

Dr. H. M. Miguel Ceito

HOSPITAL - AMBULATORIO

Nº DIA 28/04/16 AS 15:48 HORAS

NECESSITANDO DE 01 (um) dia

por extenso

DIAS DE REPOUSO POR MOTIVO DE DOENÇA

CID

BAM 294713

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Rio de Janeiro 28/4/16

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO (ODONTÓLOGO)
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/RO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES
PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRE-
TO Nº 69.312 DE 23.01.84, E SERÁ EXPEDIDO PARA
JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO
TRABALHO.



RIO



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA - REGISTRO GERAL

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016.

Declaro para os devidos fins, que o Sr.(a) Yoaquim Alves Farias

Foi atendido neste Hospital em 28/04/16, no serviço de emergência
sob o Boletim de atendimento nº 294713.

SUMÁRIO:

Paciente deu entrada nesta unidade hospitalar vítima de trauma em ônibus, apresentando ferida costura em região labial superior, mucosa labial superior, labial inferior, fraturas dentárias em arcada superior (11, 12, 21), edema maxil e blefarohematomas (E). TC evidenciando fratura de ossos próprios maxila e parede anterior de seio maxilar. Feito Sutura e curativos.

Dra. Cátia Vicente da Silva
Médica
CRM 52531/15-5



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SMS - HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA



SEÇÃO DE REGISTRO GERAL

Certifico que: JOAQUIM ALVES FARIAS

deu entrada no setor de: EMERGENCIA deste Hospital em: 28/04/2016

as: 15:48 Prontuario/BE N: 294713

Diagnostico: Vítima de trauma em ônibus apresentando laceração em face + fratura de ossos próprios nasais e fratura do seio maxilar ?

Tratamento Clínico: TC de face + sutura + tamponamento nasal, + RX torax + RX panoramico de bacia + RX cervical.

Tratamento Cirurgico:

Paciente permaneceu internado(a) neste Hospital: não

Sim: até o dia

Nao: x Horário de saída: xxx

OBS: Requerimento 586

Dra. Cátia Vicente da Silva
Médica
CRM 52531/05-5



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA - REGISTRO GERAL

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2018.

Declaro para os devidos fins, que o Sr(a) Joaquim Alex Farias

Foi atendido neste Hospital em 28/4/16 no serviço de emergência
sob o Boletim de atendimento nº 24413.

SUMÁRIO:

Paciente vítima de trauma em onibus com
ferida contusa em região labial superior, mucosa
labial superior, labial inferior, fraturas dentárias em
arcada superior (11, 12, 21), edema nasal e blefarite-
matema (E). TC evidenciando fratura de osso pré-
prios nasais e fratura da parede anterior do seio ma-
xilar. TC de crânio e coluna cervical sem alterações
agudas. Rx de tórax e bacia sem alterações. Conduta:
① sutura, ② antibioticoterapia, ③ tamponamento nasal
anterior. Avaliado e liberado pela ortopedia, neuro-
cirurgia, bucomaxilo, e cirurgia geral.

Dra. Célia Victoria de Silva
Médica
CRM 52.52108-5



PREFEITURA
DA CIDADE
DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde



Prescritor

Unidade	Hospital Municipal Miguel Couto
Nome	Joaquim Alves
Assinatura	

Uso Oral:

① Dipirona sódica 500
mg — tomar 2cp de
6/6 horas, em caso de
dor

Data	Assinatura - Carimbo
28/04/16	

Imprensa da Cidade de São Paulo AA 1990



PREFEITURA
DA CIDADE
DE SÃO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde

Receituário

Unidade	Hospital Municipal Miguel Couto
Paciente	Josquin Alves Farias
Idade	29/4/13

Retornar no Ambulatório
de Cirurgia Buco Maxilo
Facial (Sala 15) no dia
02/5/16 às 9 horas

Data	28/4/15
Assinatura - Médico	[Assinatura]

Impressão da Cidade 1040 101 1039



PREFEITURA
DA CIDADE
DE SÃO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde

Receituário

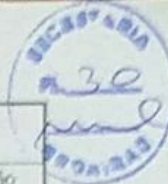
Unidade	Hospital Municipal Miguel Couto
Paciente	Josquin Alves Farias
Idade	29/4/13

Uso oral:

- Amoxicilina 500 mg
Tomar 1 comp. de
8 em 8 horas, durante
7 dias

Data	28/4/15
Assinatura - Médico	[Assinatura]

Impressão da Cidade 1040 101 1039



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

- NOTA CARIOCA -

Número da Nota

00000051

Data e Hora de Emissão

27/06/2016 16:49:47

Código de Verificação

ZLUI-2H5J

Uso: 23.901.798/0001-48 - NFS-e - NOTA CARIOCA - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ 23.901.798/0001-48

Inscrição Municipal: 1.000.303-2

Inscrição Estadual: ---

Nome/Razão Social: IMPLANTOCENTER EIRELI ME

Tel: 2125492620

Nome Fantasia: IMPLANTOCENTER EIRELI ME

Endereço: RUA SIQUEIRA CAMPOS 91, A - COPACABANA - CEP: 22031-071

Município: RIO DE JANEIRO

UF: RJ

E-mail: roselydominguito@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ 438.312.557-04

Inscrição Municipal: ---

Inscrição Estadual: ---

Nome/Razão Social: JOAQUIM ALVES FARIAS

Tel: ---

Endereço: ---

Município: RIO DE JANEIRO

UF: RJ

E-mail: ---

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Tratamento odontológico

- Extrações 11 e 22 R\$150,00

- Restaurações 41 e 31 R\$300,00

- Prótese fixa R\$ 1200,00

- Radiografia R\$ 40,00

VALOR DA NOTA = R\$ 1.700,00

Serviço Prestado

04.12.01 - odontologia

Deduções (R\$)	Descr. Incid. (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Credito Gerado (R\$)
0,00	0,00	1.700,00	5,00%	85,00	8,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010
- PROCON-RJ: Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, MÃ 151 - www.procon.rj.gov.br
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 11/07/2016
- Esta NFS-e substitui a RPS nº 54, emitida em 27/06/2016

Autuação na Comarca Vinculada de Groaíras.

Distribuído para Cariré em 08/03/2019 *mul*

Recebido os autos em 14/03/2019, os faço
CONCLUSOS ao MM Juiz *Valente*