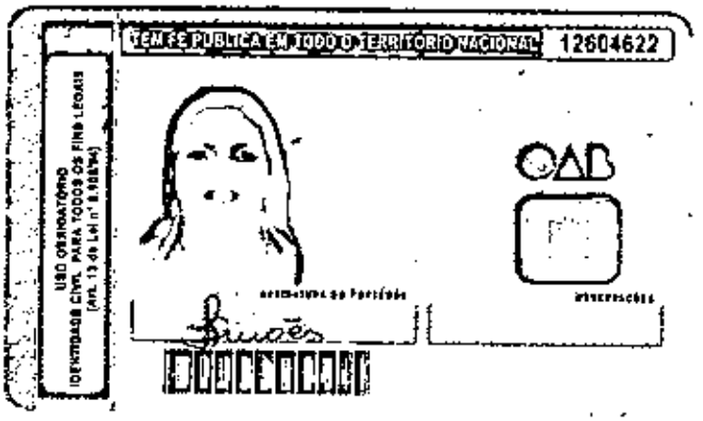
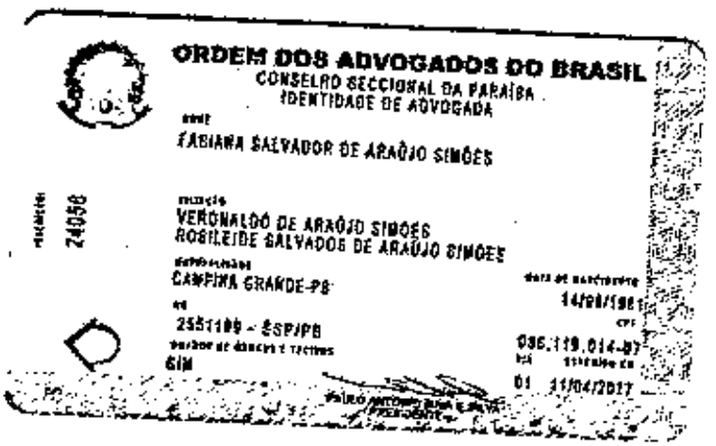
Documentos de Identificação





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 012563951099

9497248511

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	CENTRO
1	1950[illegible]23	**********

PROPRIETÁRIO
ANDREW FELIX DE GOES
AVENIDA SERIL ASTORM 81
BL 2 APT 305 PINA
RECIFE-PE 51110-200

CPF/CNPJ	PLACA
042.66[illegible]-0	RHM1073

NOME ANTERIOR
MANOEL EDVAR G. FERREIRA FILHO

PLACA ANTERIOR	CHASSI
**********	9C2JC4120ER031613

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 125 FAN ES	2010	2010

COR PRED/SEC	CATEGORIA	CAPACIDADE
PR/124CL	PARTIC	PRETA

20138824

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

RECIFE-PE 16/12/13

Charles Andrew Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

1ª VIA

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

_____
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data de aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

DUT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros

ASL-0382977/18

Vítima: JUSSARA FRAGOSO DE BRITO

Data do acidente: 29/08/2017

CPF: 296.315.128-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUSSARA FRAGOSO DE BRITO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIANA SALVADOR DE ARAUJO SIMOES : 036.119.014-07

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

JUSSARA FRAGOSO DE BRITO : 296.315.128-43

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/10/2018
Nome: JUSSARA FRAGOSO DE BRITO
CPF: 296.315.128-43

JUSSARA FRAGOSO DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuracao

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Jussara Fragoso de Brito

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira

Profissão: Agricultora

Identidade: 1.919.531 CPF: 296.315.128-43

Endereço: Rua: Severino Clinto Campos nº935 Bairro: Santo Antônio

Cidade: Livramento CEP: 58690-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Fabiana Salvador de Araujo Simões

Nacionalidade: brasileira Estado Civil: solteira

Profissão: Advogada

Identidade: 2551199 - SSP/PB CPF: 036.119.014-07

Endereço: Presidente de Morais, 267 Bairro: Estação velha

Cidade: Campina Grande, PB CEP: 58.410.040

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Jussara Fragoso de Brito.

Local: Campina Grande UF: PB, Data: 16 de 03 de 2018.

Jussara Fragoso de Brito

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382977/18

Vítima: JUSSARA FRAGOSO DE BRITO **Data do acidente:** 29/08/2017

CPF: 296.315.128-43 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JUSSARA FRAGOSO DE BRITO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIANA SALVADOR DE ARAUJO SIMOES : 036.119.014-07

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

JUSSARA FRAGOSO DE BRITO : 296.315.128-43

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/10/2018
Nome: JUSSARA FRAGOSO DE BRITO
CPF: 296.315.128-43

JUSSARA FRAGOSO DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUSSARA FRAGOSO DE BRITO**

Nº Sinistro: **3180494290**
Vitima: **JUSSARA FRAGOSO DE BRITO**
Data do Acidente: **29/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIANA SALVADOR DE ARAUJO SIMOES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180494290.**

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.b**r 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

Pag. 00227/00228 - carta_01 - INVALIDEZ
00020114

Carta nº 13534508

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUSSARA FRAGOSO DE BRITO**

Nº Sinistro: **3180494290**
Vitima: **JUSSARA FRAGOSO DE BRITO**
Data do Acidente: **29/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIANA SALVADOR DE ARAUJO SIMOES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180494290**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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

Pag. 00329/00330 - carta_03 - INVALIDEZ
00050165

Carta nº 13536956

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1495661 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/08/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Mercia De Sousa Melo

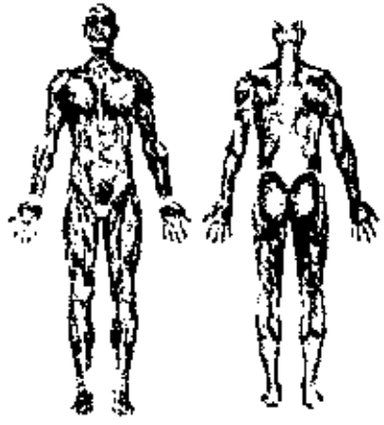
PACIENTE: JUSSARA FRAGOSO DE BRITO
Endereço:RUA SEVERINO OLINTO CAMPOS
Cidade: Livramento
Nome da Mãe: MARIA DULCELI FRAGOSO DE BRITO
Responsável: MARIA KAROLAINY BRITO
Estado Civil:Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58690000 Nascimento:09/12/1976
Sexo:F Telefone: 98752743
Idade:040 Bairro:SANTO ANTONIO
RG: 1919531 Nº:935
CPF: Profissão:DO LAR
Data de Atend:29/08/2017 CNS:704301508886193
Hora: 19:43:31 CONVÊNIO:SUS
CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Ingurgitamento Venoso
5. Crepração	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinia
7. Edema	25. Luxação
8. Empolhamento	26. Mordedura
9. Enfisêma subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Esmagamento	28. Objeto Encravado
11. Equimose	29. Otorragia
12. F. Arma branca	30. Paralisia
13. F. Arma de fogo	31. Parada
14. F. Contuso	32. Parestesia
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corto-contuso	34. Rinorragia
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de Isquemia
18. F. Perfuro-cortante	35.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Queda de motocicleta, há cerca de 5 horas. Bateu a cabeça

A: SI colar cervical. Viz aérea pérvia. Nega cervicalgia
B: Eupneico. AR: MV Normal
C: Enchimento capilar normal. Taquicardico
D: Consciente e orientada

Dor fronte + nausea, lesão cutaneo unhoca, HMA acros, ferida, pulso claro

ALERGIA: Dipirona

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS: HAS

EXAME FÍSICO

PUPILAS (x) Fotorreagentes (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA 97/66 HGT: Sat02 98% AA
PC=94

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais (x)Ultrassonografia:
( )Gasometria arterial (x)Radiografias:
( )Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: às : Dia / /
Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Gerardo Cirilo de Carvalho
Cirurgião Geral
CRM: 4475

DT: 29 08 2017 HM:

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 29/08/17

Documentação médico - hospitalar

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: Luciana Teagesa de Brito

End: Rua: Severino Abrito Campos 935 Bairro: Santo Antônio

Data de Nascimento: 09.12.76 Documento de Identificação: Nenhum

Queixa: Ac. à moto Data do Atend.: 29 08.17 Hora: 19:10 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: (✓) Bom ( ) Regular ( ) Baixo **Aspecto:** (✓) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardíaca:** 109

Pressão arterial: 130x90 **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: 97mg/dl **Mucosas:** (✓) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre (✓) Cadeira de rodas ( ) Maca

SAT. 99%

Estratificação

MOD. 110

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
(✓) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Veio com o samu!

Enfermeiro

Assinatura e carimbo do profissional

EXAME/SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Jonas Fraga
Nº 23-90
Vítima acidente de moto
c/ TCE
Glasgow 15
sem déficit
Ft crânio: sem fraturas
Cd: Al. do NCR

Dr. Mário Jorge Neto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM/PB - 5255

#HCG#

Paciente admitido
ABD: livre FAST (-)
Tórax: pouco doloroso a palpação
Rx tórax: SI alterações

CS: Alta de cirurgia geral

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____ ( )Alta hospitalar / ( )A revella / ( )Decisão Médica

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ ( )Óbito

Maria Karolaity Brito Cotta
Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Dr. Marcos Fonseca
Cirurgião Geral
CRM-PB 10302

Drª Rodrigo · ortopedia

GOVERNO DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

GERIR
Instituto de Gestão em Saúde

HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ - ANTONIO HILARIO DE GOUVEIA

www.hgt.org.br

JUSTIFICATIVA DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Jurerê Fraga de Brito **Prontuário:** _____

Idade: 40 anos **Sexo:** M(\ ) F(X)

Hipótese Diagnósticos: 1- Fratura Úmero E ?

2-_____

Exame Físico: Escala de Coma de Glasgow:_____ **Pressão:** _____ X _____mmHg **FR:** _____ipm **FC:**_____bpm **SpO2:**_____% **Local de Saída:** Pavilhão Superior ( ) Pavilhão Inferior ( )

Local de Destino: Hospital de trauma campina Grande (Dr. Rodrigo (ortopedista).

Motivo do Transferência:

( ) Necessidade de cuidados intensivos ( ) Necessidade de tratamento Especializado

( )Outros: _____

Necessidade de Exames de complementares não contemplado na unidade:

( ) Tomografia ( ) Ressonância ( ) USG ( ) Arteriografia ( ) Hemodiálise

( )Outro: _____

Descrição do quadro clínico para transferência: Rx com dor e limitação dos movimentos em ombro E.

Dr. Alexandre M. Chaves
Médico
CREMEB 23820
CRM-PB 9782

Responsável pela solicitação do transferência:

Carimbo e assinatura do médico _____

Data: 09 / 08 / 17 Hora: 18 : 12 h.

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	JUSSARA FRAGOSO BRITO
DATA DO EXAME:	29/08/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas e rins identificáveis ao método.

Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

28

PACIENTE: JUSSARA FRAGOSO DE BRITO
DATA DO EXAME: 29.08.2017

RADIOGRAFIA DE BACIA

- Não há sinais de fraturas desalinhadas nas estruturas ósseas avaliadas por estas incidências.
- Relações articulares conservadas

RADIOGRAFIA DE COTOVLEO

- Não há sinais de fraturas desalinhadas nas estruturas ósseas avaliadas por estas incidências.
- Relações articulares conservadas

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMEOMBRO
RGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: JUSSARA FRAGOSO DE BRITO
DATA DO EXAME: 29.08.2017
RADIOGRAFIA DE ÚMERO

- Fratura da diáfise do úmero, com desalinhamento ósseo.
- Relações articulares conservadas.

Dr. Arthur José Ventura CRM/PB: 6481 | Dra. Miriam Albino CRM/PB 6435 | Dra. Marcelle Farias CRM/PB 6550 | Dr. Rafael Borges CRM/PB: 8485 | Dr. Remonie Miranda CRM/PB: 8220 | Dr. Roberto Maia CRM/PB: 6101

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

LAUDO MÉDICO

A Sra. Jurema F. Brito encontra-se com a fratura de rádio (E) consolidada e apresenta mínima sequela funcional (± 10%) do membro superior esquerdo.

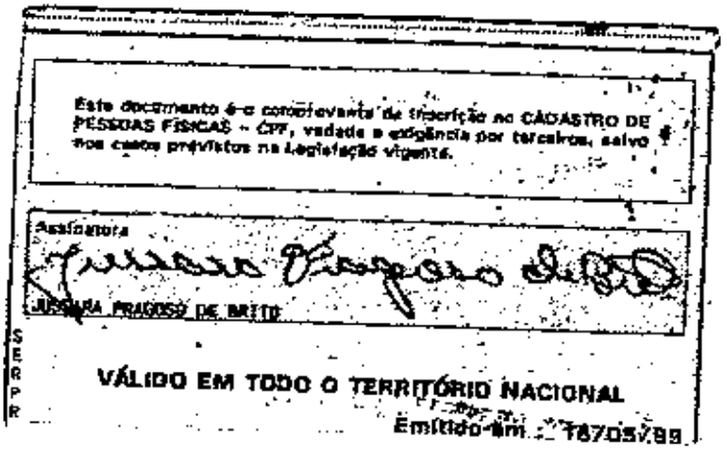
MOD.001

27/03/18
Data

Dr. Arthur Fernandes
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIA DE MÃO
CRM 11.450

Médico

Documentos de identificacao



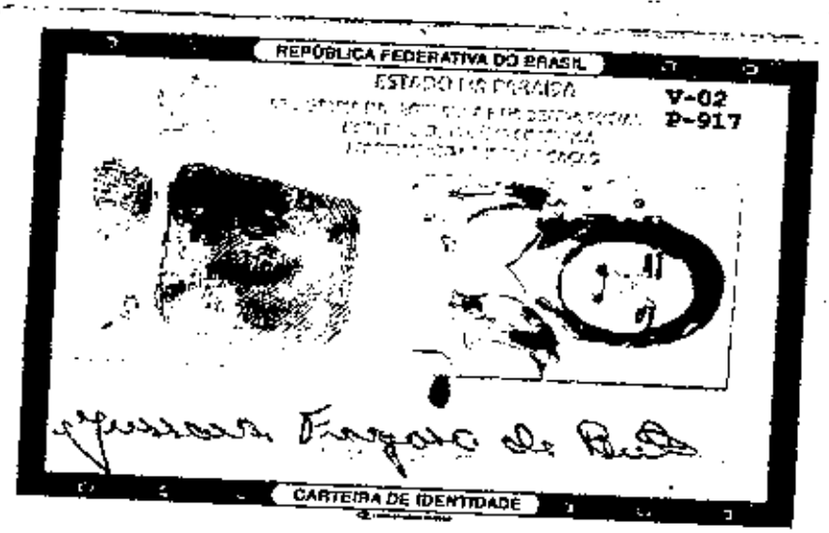
Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

JUSSARA PRADOSO DE BRITO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 18/05/89

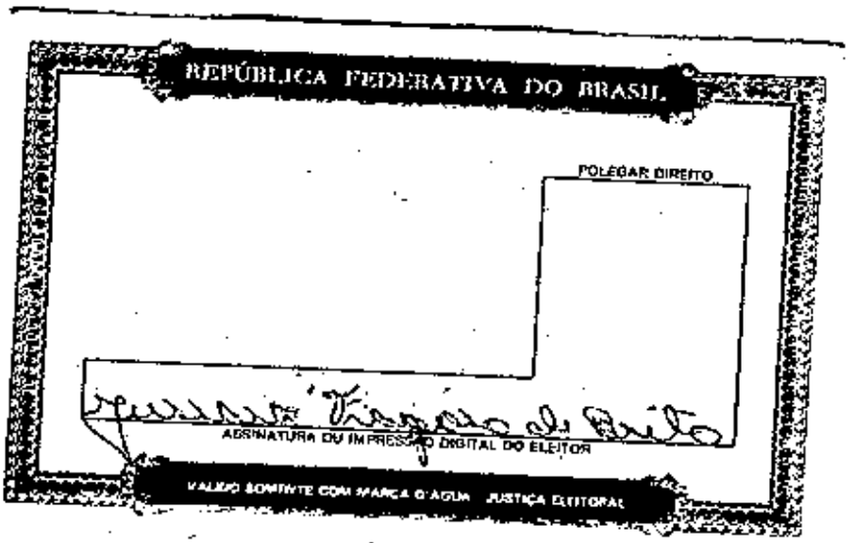


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARÁ

V-02
P-917

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'AGUA JUSTIÇA ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JUSSARA FRAGOSO DE BRITO

Nº da Inscrição
296315128-43

Data do Nascimento
09/12/76

1.919.531 -2 VIA 20/05/2015
JUSSARA FRAGÔSO DE BRITO

DIMAS DE BRITO
MARIA DULCELI FRAGÔSO DE BRITO

LIVRAMENTO-PB
09/12/1976

NASC.N.1594 FLS.295 LIV.A-2
CARTORIO LIVRAMENTO-PB

296.315.128-43

TÍTULO ELEITORAL
IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

JUSSARA FRAGÔSO DE BRITO

09/12/1976 | 0215 7330 1210 | 027 | 0007

LIVRAMENTO/PB | 27/08/2015