



Número: **0800360-49.2019.8.15.0451**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Sumé**

Última distribuição : **24/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERO ANTONIO DE LIMA (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32079 830	06/07/2020 12:46	2731674_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cláudio Antonio de Lima

RG nº 2.300.223 SSP PB, data de expedição 25/06/96, Órgão SSP-PB

CPF nº 046.949.484.03, 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 Emidio Lucas da Silva, 00</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Congo</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58535-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)991879348</u>
E-mail	<u>—</u>

1413 21/03/2016 066939 SEI/PROJ001 L1081 00101 4

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Congo - PB, 07/03/16

Assinatura do Declarante: Cláudio Antonio de Lima



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

2163822

Prontuário 905612	Nome do Paciente CICERO ANTONIO DE LIMA	Nascimento 24/11/1980	Idade 35	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião 1-CATOLICA
Estado Civil	CPF 2300223	RG 2300223	Grau de Instrução	Profissão		Fone Residencial	Fone Trabalho
Filiação Mãe: CREUZA INACIA DOS SANTOS	Pat:					Complemento Endereço	
Endereço SIT LAGOA FUNDA, - , CONGO-PB CEP:							
Atendimento 2163822	Data 04/01/2016	Hora 09:34	Sector 3008-SECRETARIA CONVENIOS			Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA	
Médico Atendente 152859-FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA						Motivo Atendimento 4-INTERNAÇÃO/URGENCIA	
Plano / Convênio 37-PACOTE/H-PACOTE	Nº Carteira	Validade	Nº CNS				
Posto	Acomodação	Leito					
Guia INTERNAÇÃO	Procedimento 99988888 INTERNAÇÃO						

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) **CICERO ANTONIO DE LIMA**, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, CRM _____, Estado do(a) **PB** para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou de não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

1) _____
2) _____
3) _____

Responsável: **CICERO ANTONIO DE LIMA**
Endereço: SIT LAGOA FUNDA, Bairro, CONGO-PB
Telefone: _____

CAMPINA GRANDE, 04 de Janeiro de 2016

Robervânia
ROBERVANIA BARBOSA
Responsável pelo Atendimento

Cicero Antonio de Lima
CICERO ANTONIO DE LIMA
Responsável pelo Paciente

Receituário
04
094
056116

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 04/01/16
Calliano





SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - MONTEIRO

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CONGO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

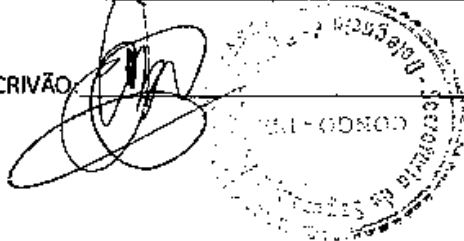
Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de Janeiro do ano de 2016, nesta cidade de Congo, na sede da Delegacia de Polícia Civil, onde se encontra o Del. Pol. Yuri Givago Araújo Rodrigues, compareceu Cicero Antônio de Lima, brasileiro, solteiro, pescador, RG Nº 2300223 SSP PE, CNH Nº02693713544 CATEGORIA AD, com 35 anos de idade, nascido em 24/11/1980, filho de Antônio dos Santos Lima e de Creusa Inácia dos Santos, natural de Belo Jardim/PE, residente e domiciliado no Sítio Lagoa Funda, Zona Rural, Congo/PB, o QUAL VEIO NOTIFICAR QUE: NO DIA 23/12/2015, pilotava sua motocicleta do centro da cidade em direção a sua casa, quando perdeu o controle do veículo e caiu; Que, na queda quebrou o tornozelo e fraturou o pé esquerdo em 03 lugares, conforme laudo médico apresentado e emitido pelo médico Drº Fidias Borborema; Que, segundo o declarante, tinha chovido e a estrada estava difícil; Que, a moto do declarante pilotada pelo mesmo é uma HONDA XR-250 TORNADO, ANO 2004/2004, COR PRETA, CHASSI 9C2MD24005R002138, LEGALMENTE LICENCIADA; Que, ora registra esse boletim de ocorrência para efeito de seguro. Nada mais foi dito, nem lhe foi perguntado.

14118 21/03/2016 06:54:40 SC0000000 LIBER OPART 4

DELEGADO DE POLÍCIA: _____

DECLARANTE: Cicero Antonio de Lima

ESCRIVÃO: _____



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -



er - DPVAT

No. DO SINISTRO

www.dpvat.gov.br

ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Cícero Antonio de Lima

PORTADOR/A DO RG No.: 2.300.223 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 29/06/1996

CPF 046.84.9784 03 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Procurador

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cícero Antonio de Lima

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

No. BANCO No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR).
No. DE CONTA CORRENTE

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 1038 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 00013394-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL Conço - PB

DATA 07.03.2016

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Cícero Antonio de Lima



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2016

Carta nº 9738660

a/c: CICERO ANTONIO DE LIMA

Sinistro: 3160222417 ASL-0829977/16
Vitima: CICERO ANTONIO DE LIMA
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00193/00194 - carta_16



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta nº: 8911485

A/C: CICERO ANTONIO DE LIMA

Sinistro: 3160222417 ASL-0829977/16
Vitima: CICERO ANTONIO DE LIMA
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00249/00250 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta nº: 8913279

A/C: CICERO ANTONIO DE LIMA

Sinistro: 3160222417 ASL-0829977/16
Vítima: CICERO ANTONIO DE LIMA
Data Acidente: 23/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência faltando página
- Declaração de Inexistência de IML
- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Laudo do IML - Lesões corporais
- Declaração do Proprietário do Veículo

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 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00387/00388 - carta_03

00050194



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Índice dos
DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0829977/16
Vítima: CICERO ANTONIO DE LIMA
CPF: 046.949.784-03

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 23/12/2015
Titular do CPF: CICERO ANTONIO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

CICERO ANTONIO DE LIMA : 046.949.784-03

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: 19/03/2016
Nome: CICERO ANTONIO DE LIMA
CPF/CNPJ: 046.949.784-03

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 19/03/2016
Nome: RITA DE CASSIA PINTO PANTOJA
CPF: 035.143.767-35

CICERO ANTONIO DE LIMA

RITA DE CASSIA PINTO PANTOJA



INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recuperação de Documentos

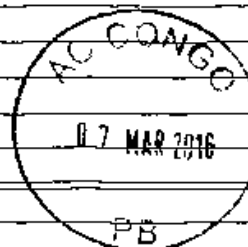

Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima Cícero Antonio da Silva
Data do Acidente 23/12/2015 CPF: 046.949.484-03

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome Cícero Antonio da Silva
☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
Endereço Rua Emídio Lucas da Silva, 00
No. 00 Complemento casa Bairro Centro PB
Cidade Canga UF PB CEP: 58535-003
Telefone (83) 993879348 Email _____



- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

Atenção: ☒ Para ser entregue a documentação, o solicitante deve estar presente no balcão de atendimento.

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Comprovações (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☒ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 07/03/16
Nome Cícero Antonio da Silva
Identidade 8.300.223 SSP-PB
Cícero Antonio da Silva
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 07/03/16 ☒ Recebi os documentos assinalados
Nome Maria Luíza da Silva Farias
Matrícula Correios 846.943
Maria Luíza da Silva Farias
Assinatura do Atendente





DPVAT
Seguradora Líder

**POST
SEGURO**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



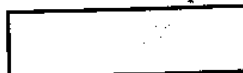
Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

blog: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Alcides Antonio de Lima		(83) 99187 9348	
ENDEREÇO / Address			
Rua Emídio Lucas da Silva, SN, Centro			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58535000	Conde	PB	Brasil



“RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE”



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:46:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612462016000000030746758>

Número do documento: 20070612462016000000030746758

DPVAT
Seguradora Líder



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SAC DPVAT 0800 0221204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
2 0 0 3 1 2 0 5	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE / Nº 011580418923
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 844782025 R.N.E.C. ***** EXERCÍCIO 2015

NOME
PAULO CEZAR CHAVES PEREIRA

3 C CAPIBARIBE-PE 0

OPF / CNPJ 150.228.688-22 PLACA KLB39941

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2MD34005R002138

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / XR 250 TORNADO 2004 2008

CAR. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
250 / 24.9 CL. PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. / COTAS
IPVA 2015 QUITADO 2 *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

3 C CAPIBARIBE 09/03/15
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADOS QUANTO A



PE Nº 011580418923

PAULO CEZAR CHAVES PEREIRA

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

3 C CAPIBARIBE-PE 0
EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 09/03/15

OPF / CNPJ 150.228.688-22 PLACA KLB39941

RENAVAM 844782025 MARCA / MODELO HONDA / XR 250 TORNADO

ANO FAB. 2004 CILINDROS 29 CHASSI 9C2MD34005R002138

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) DEMUTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.896/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SEM NAO SE PRECISA DE SEGURO OBRIGATORIO

F 011580418923 11-09-2009 07:03:56/10 8/151



SEU(S) DEPOSITÁRIO(S) DE DANOS, PESSOAS
ALIVIADES POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE
A TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA CUNHA - SEGURO DACT

2. LISTA DE VEHICULOS COM RESTRICAO DE CIRCULACAO
-VEICULOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA
PUBLICA, ON POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS-UNICA

· ESTÃO DISPONÍVEIS TODOS OS CENÓTIPOS EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, - SEMPRE EM SEU MOTORISTA, ASSOCIADOS OU PARTICIPES.

SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE DENTISTIA: GERAL, ORTODONTIA E CIRURGIA DENTÁRIA. A DENTISTIA GERAL É A MAIS COMUM E É OFERECIDA EM TODAS AS CLÍNICAS. A ORTODONTIA É A ESPECIALIDADE QUE SE OCUPA DO TRATAMENTO DAS DENTISTIAS DEFORMADAS. A CIRURGIA DENTÁRIA É A ESPECIALIDADE QUE SE OCUPA DO TRATAMENTO DAS DENTISTIAS DEFORMADAS E DO TRATAMENTO DAS DENTISTIAS DEFORMADAS E DO TRATAMENTO DAS DENTISTIAS DEFORMADAS.

* JE VOCE POR VITIMA DE ACIDENTE DE TRABALHO OU ENFERMIDADE DA INIDENIZACAO, RESUMA A DOENÇA/ACIDENTO E BASTA INDICAR O LOCAL DA INIDENIZACAO EM UM DOS CAMPOS DE ATRIBUICAO AUTOREGISTRO (G000012-06) M: marcelo@comptec.ufpb.com.br OU TWITTER @COMPTEC_UFPB PARA O CASO DE ERRO DE REGISTRO.

* VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BASTANTE NECESSÁRIA PARA FOMENTO DE INDENIZAÇÃO

SECRET 17	INTELLIGENCE INFORMATION 20	EX-100 21
PG 13,000/25	and PG 13,000/20	and PG 13,000/21

(1) MENTE: PROPOSTA DA DOCTRINA ITALIANA
ELA AUTONOMA POLICIA COMPETENTE, CERTIDÃO DE
ESTA CÔPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA
ITALIA E CÔPIA DEPENDÊNCIA E PROVA DA QUALIDADE
E SENSIBILIDADE (VINCULADA COM O CÍRCULO)

(b) INDICAÇÃO PERMANENTE RESPOSTA DA COOPERAÇÃO
RÉPUBICA PARA AUTORIZAÇÃO DE PASSAGEM DE INTERESSE COM
A DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA E CAUSO
O INÍCIO DO MEDICAMENTO DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL
O ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VITIMA, COM A
OPERAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES
FÍSICAS, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS
CRITÉRIOS DA TABELA CONSTANTE DO ANEXO DA LEI
1.941/17 (ANEXOS).

[illegible]

♦ FOLHEAÇO DESE E SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS
COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A
RESOLUÇÃO CNFP Nº 273/2012.

4. MANAGEMENT

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOCADO, DESMONTANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA QUE ENTRADA NO FIDEJUD QUE INTERVENÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.
- O RESBOLDO DE DANO - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, BOM É LIMITADO A VALORES INDICADOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 5.º DA RESOLUÇÃO COUNCIL Nº 272/01/2.

* PRazo PARA PAGAMENTO DA INDICAÇÃO DE PRECATORIO TRIBUTÁRIO, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

→ A indenização será paga com base no valor vigente na data da ocorrência do sinistro.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

* O SEQUELADO DEVEZ A OBRIGAÇÃO PARA TUDO O QUE
PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº
8.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO
LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

◆ PERÍODO DE VIGENCIA DO REGISTRO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERIR O RPT

● O GRUPO OPTATIVO SERÁ PAGU JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA OU COM A COTA ÚNICA DO APLICADO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, DADO DEIXA AÍDA A COTAÇÃO PELO INCUMPRIMENTO, O PAGAMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PRECISAS DO SPIN, DO VINCULAMENTO DO SUPORTE E DO GRUPO COOPERAÇÃO DESPESAS NA MESMA DATA.


♦ O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEU REGISTRO FOR EM DIA DE FIM DE VALIDADE OU SE O SEU SEU REGISTRO FOR EM DIA DE FIM DE VALIDADE OU SE O SEU SEU REGISTRO FOR EM DIA DE FIM DE VALIDADE.

* SEUS DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO COMPARTILHAO
PAGOTEM A SEGUENTE DISTRIBUIÇÃO:

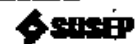
* 4,9% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI Nº 213/1991).

- 33. AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO, PARÂMETRO ÚNICO DO ART. 7º DA LEI Nº 3.217/1967 - DOGÃO DE TRÂNSITO BRASILEIRO.




ATENCIONADO AO PÚBLICO
MAC OPMAT (MOP) (MOP) 1984
 Copyright 1984 - OPMAT

WYKONANIE PRACY I WYKONANIE PRACY, PRÓBOS DE
CENOWANIE I WYKONANIE, ARANŻOWANIE I WYKONANIE,
LOKALIZACJA I WYKONANIE, DOKUMENTACJA I WYKONANIE, PRACA
CENOWANIE.



DATE: 11-11-11
TIME: 11:11 AM
PAGE: 11

INSTITUIÇÃO DE ECONOMIA E FINANÇAS -
ALFONSO FERNES RODRIGUES DE ARAUJO
REGISTRAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE
VALORES MOBILIÁRIOS E DE CRÉDITO
INSTITUIÇÃO DE ECONOMIA E FINANÇAS -
ALFONSO FERNES RODRIGUES DE ARAUJO

ALTERNANÇO DE MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

- IPVA - 1ª COTA

AUTENTICACÃO MECÂNICA

AUTOMATED MECHANICS

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÁNSITO

ENCARGOS DO DETRAN





10008*

10008*

Redução (DPUAT)

CIRUR. BUÇO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETRONEUROLOGIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA C.T.

UTI MÓVEL

Declaro p. os autos
fins que Célio Antonio
de Jesus Rayer
dois mil e oitocentos
e noventa e dois (2.892,00), por
fins relacionados a
cirurgia na raí - D.I.R

14/07 21/05/2016 066936 SEGURADORA LIDER PAVIT

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



O melhor foi feito do
para pagamento hospitalar
e da equipe médica.

Dr. Tiólas G. E. Bonifrems
TEQT 9876
CRM-PB 5395 - C.R. PE 14654

18/02/14



Laudo médico

CIRURG. BUCO-MAXILO-FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VÍDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELEKTROENCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

PAIX

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELEKTROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CTR

UTI MÓVEL

Céas Antonio de Lima,
vítima de acidente moto-
ciclístico em 23/9/2015.

Foi submetido a trata-
mento cirúrgico com
fixação em 20/12/15.

Atualmente evolui com
linhas de fusão de

1417 21/03/2016 06:52:29 SEMINORA LITER 0001 4

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



membro inferior esquerdo
em 10% por cento (10%).

Dz: Fast. cal cãnes

CID: 592.

Dr. Nélson G. F. Borborema
EOT 9876
CRM-PE 5336-CRM-PE 14854

C-6.

14101116



PACIENTE: Alcides Antônio de Lima 33 anos
CONVÊNIO: Plano SUS ☐ PROFISSIONÁRIO: 90561212163822
DATA: 04.01.16 CIRURGIÃO: Dr. Thiago plano de colônias
AUXILIAR: Dr. Márcio Romão
ANESTESISTA: Dr. Márcio Romão
CIRCULANTE: Dr. Márcio Romão N° CADR: 01 HORÁRIO: INÍCIO: 10:25 FINAL: 11:00

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	03
28819	RANITIDINA	
2070	ATROFINA	
2020	DIFIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILENA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	01
70872	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70234	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2023	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73218	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAK 10mg	
3034	DIMORF 9.2mg	
3026	DIMORF 1.8mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69635	DORMOND	01
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBÍUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	01
3042	FENTANIL	
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
78750	NEOCAINA 0,5% S/V	
9024	NILPERIDOL	
	ETOMIDATO	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
1996	NEOCAINA PESADA	
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUIN	
	DRENO FENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
4012	AGULHA DESCARTÁVEL N°	03
	ESCOVA DESCARTÁVEL	02
	COMPRESSAS	10
	CATETER PERIDURAL N°	
2384	BOLSA COLOSTOMIA	
136096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2888	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPOR LARGO	
3379	MICROPOR FINE	
	JELCO N° 22	01
	LÂMINA BISTURI N°	
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	
9113	ALGODÃO ORTOFÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3780	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 18cc	03
3719	SERINGA DE 06cc	03
3897	SERINGA DE 20cc	03
341797	SERINGA DE 60cc (Rico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N°	05 05
	CNEDEL N° 03	03
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	
149878	LUVAS 8.5	
	SONDA NSG	
3425	GELFOAN	
2300	GAZES	10P
3549	LUVA PROCEDIMENTO	02P
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	

CÓD.	TIPOS	QUANT.
	ACHIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
	MONONYLON N°	
	CROMADO S/A N°	
	CROMADO C/A N°	
	VICKYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ALCOOL	
2631	ÉTER	
2611	PVPÍ TÓPICO	
3603	PVPÍ DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304060	CLOREXIDINA	20
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	K
	OXÍDO NITRÓSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	K
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPIOS CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	K
	OXÍMETRO DE PULSO	K
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	
	HISOCOL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	Dr. Márcio Romão	01

14:17 21/03/2016 06:53:31 SEMINÁRIO LIDER MARI 4



FICHA DE ANESTESIA

NOME: ALBERTO A. V. S. Lima		IDADE: 35 ANOS	
DATA: 09/01/16		SEXO: M	
CATEGORIA: ANESTESIA		MANT.:	
OPERAÇÃO: Trans. Cirúrgico			
ANESTESISTA: Manoel		CÓDIGO: 15-006	
INÍCIO: 10:25		DURAÇÃO:	
AGENTES ANESTÉSICOS Propofol 1% 10ml Fentanyl 0.5% 10ml Ketorolac 30mg Midazolam 5mg Sufentanil 50mcg		LÍQUIDOS <input type="checkbox"/> Soro Glicosado 5% <input type="checkbox"/> Fisológico 0.9% <input type="checkbox"/> Ringer Lactato <input type="checkbox"/> Sangue Total <input type="checkbox"/> Outros TOTAL	
I. ENFERMARIA I. A. S. R.		II. ANESTESIA II. A. S. R.	
CONDIÇÃO PÓS-OPERATÓRIA REFLEXO EM SALA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

14117 21/03/2016 06:53:33 SENARORR LINEAR PAPER 4



14:17 21/03/2016 066934 SEBASTIÃO LIDER IMPLANT 4

HAT HOSPITAL		PRESCRIÇÃO MÉDICA			DIAGNÓSTICO:
NOME: Cícero Antônio de Lima					H calcâneo.
ALA: 302 novos	LEITO: 68-1	CONVÊNIO: Pacote			
DATA	MEDICAMENTOS	HORÁRIO		EVOLUÇÃO MÉDICA	
4/11/16	① D. Riva após 7 anterior	20	21	OK	Admitido
	② Sal - 2000 ml	20	21	OK	
	③ Cefazolin 1 gr Ev 8/8h	20	21	OK	
	④ Dexamet 1 gr Ev 12h	20	21	OK	
	⑤ Tetratil 200 mg 12/12h	20	21		1º dia cir. #
	⑥ Omeprazol 40 mg 1x dia	20	21		
	⑦ Ibuprofeno 400 mg 8/8h	20	21		
	⑧ Paracetol 1000 mg 6/6h	20	21		
	⑨ Dexamet 400 mg 1x dia	20	21		Calcâneo
	⑩ Dexamet 10 - 100 mg noite	20	21		
					Dr. Filipe G. F. Barbosa RÉOT 9876 CRM-PE 5385 / CRM-PE 14854
					05/11/16
					Alto hospital
					Dr. Filipe G. F. Barbosa RÉOT 9876 CRM-PE 5385 / CRM-PE 14854
5/11/16	① Riva				Alto hospital
	② Cefazolin + TALA BOTA				
	③ Alto hospital				

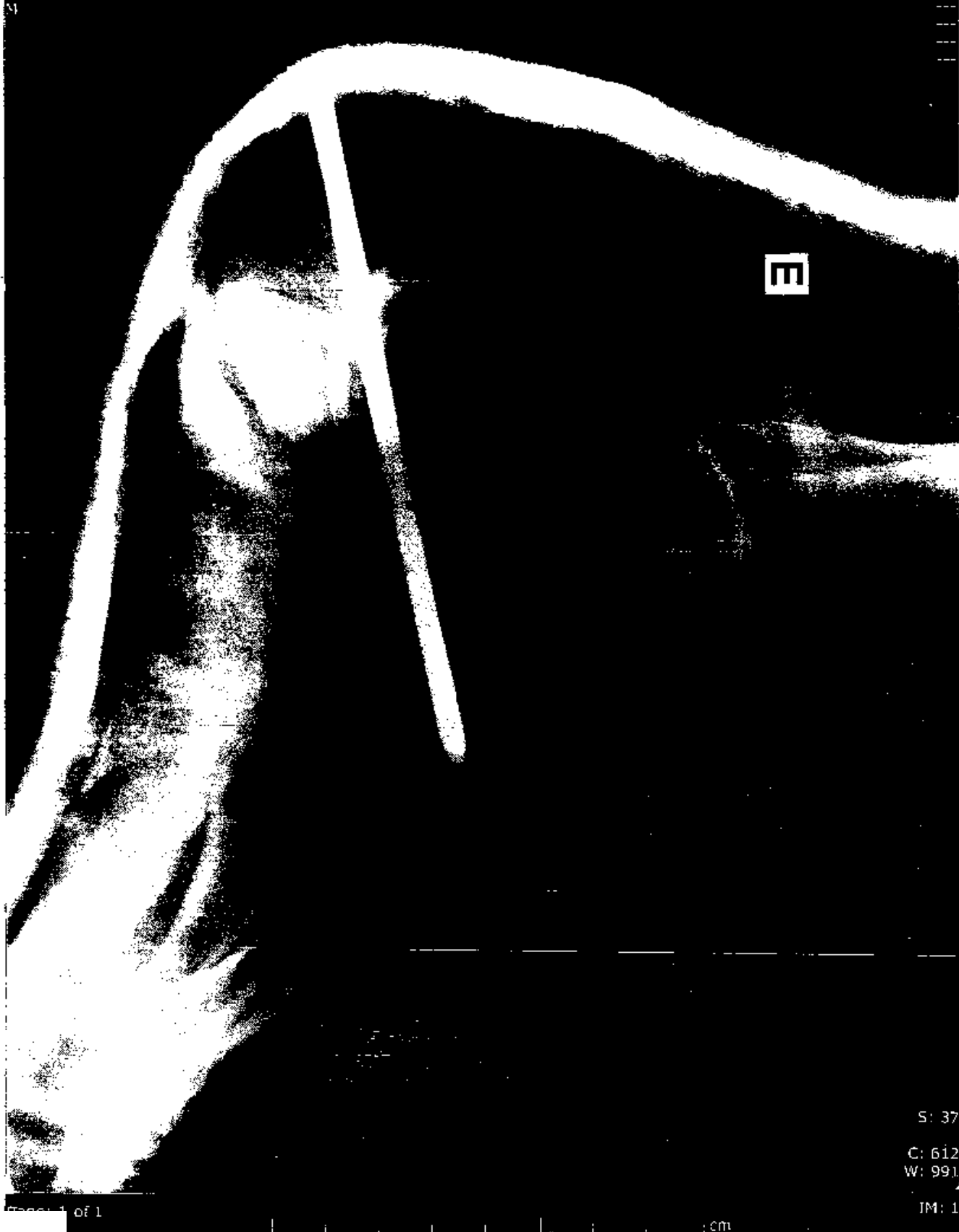
HAT HOSPITAL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Cristina Rodrigues</u>		IDADE: <u>35</u>		CONVÊNIO: <u>Particular</u>	
ALA: <u>9C</u>		LEITO: <u>68-1</u>		MÉDICO: <u>Dr. Torres</u>	
DATA: <u>04/01/16</u>					
<p>MANHÃ</p> <p>Paciente consciente, orientada em pessoa para sua residência a família, Anota do episódio O2X. 020602</p>			<p>MANHÃ</p> <p>DATA: _____</p>		
<p>TARDE</p> <p>Paciente estável, RQ de exame em médico, disse espontaneamente. Que nada mais de caráter que a enor- midade médica e a cor avulsa de exame</p> <p>Até</p>			<p>TARDE</p> <p>DATA: _____</p>		
<p>NOITE</p> <p>Paciente avaliado em P.O. L medicado CPM alto - hospita- -lar P/ 05/01/16 fez e cul- tivo antes de ir segue des- cuidados de enfermagem</p> <p>Enfermeira <u>R. Rodrigues</u> Assinatura</p>			<p>NOITE</p> <p>DATA: _____</p>		

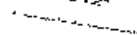


24/11/1980

35 YEAR

04/01/2016 13:23:32

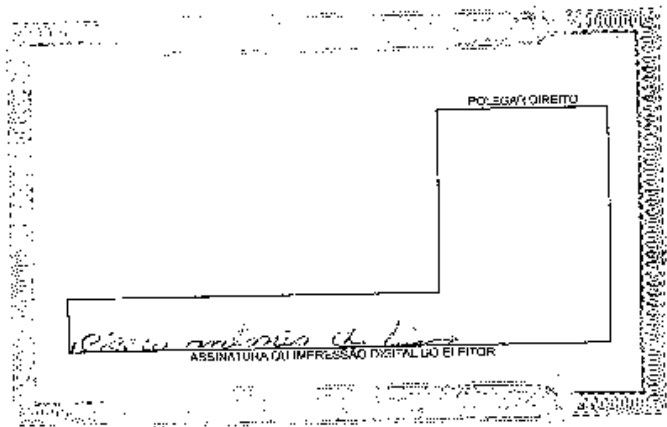
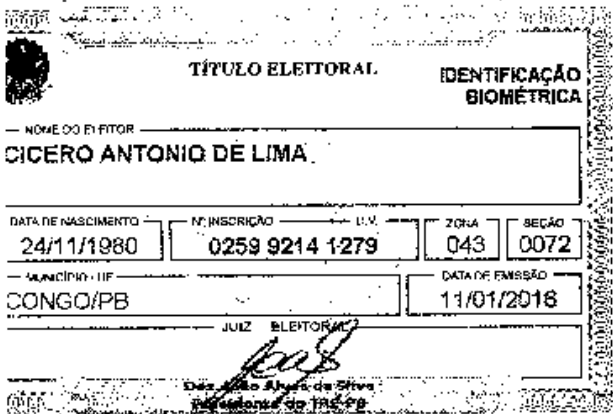
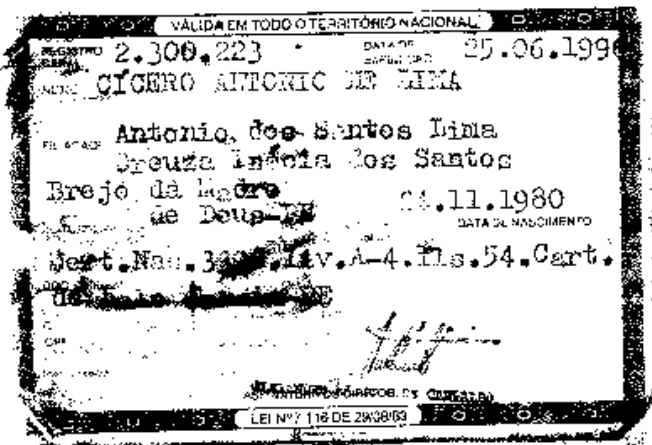
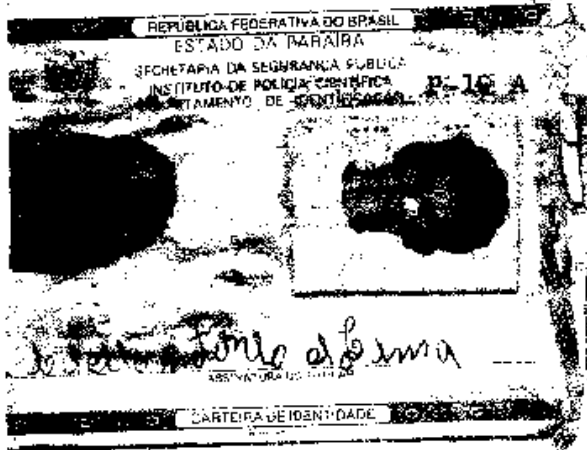




VÁLIDA EN TODO
 O TERRITORIO NACIONAL
 1083357285

14:18 21/03/2016 06:59:42 SEBASTIAN LIVER POUL 4





14/12/2018 12:46:20 SUELIO MOREIRA TORRES 4

