

Dra. Gisiane Cruz de Lima
Fisioterapeuta



0005

... Bolém da Osmônica

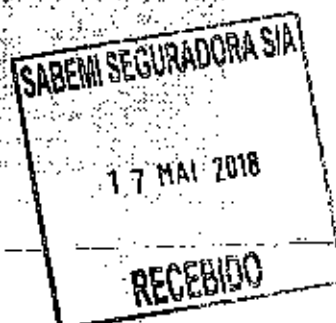
ATESTADO DE AVALIAÇÃO CINÉSIO FUNCIONAL

EU, Dra. Gisiane Cruz de Lima, Fisioterapeuta, CREFITO: 177553-F declaro para os devidos fins que se fizerem necessários **RAMYLSON LUCIANO ALVES** foi vítima de acidente motociclístico no dia 17 de maio de 2015 e que em decorrência do sinistro sofreu uma lesão no joelho esquerdo que necessitou de sutura. Na avaliação a vítima apresentou-se corado, hidratado, orientado no tempo e espaço, consciente e referindo dor na região acometida mesmo antes de se proceder qualquer manobra semiológica. O teste de compressão patelar deu positivo à visão deste examinador com crepitação ao simples movimento ativo, dor na região anterior do joelho, entre a patela e o fêmur. Essa dor é intensificada quando alguma atividade que aumenta a carga nesta articulação é realizada. Ressalto presença de cicatriz extensa e falseio de joelho esquerdo. Considero comprometimento funcional moderado para atividades laborativas e/ou da vida diária que exijam o uso do joelho esquerdo em movimentos de flexão $>90^\circ$ ou com carga sobre o membro que forcem a compressão sobre o joelho lesionado.

Dra. Gisiane Cruz
Fisioterapeuta - CREFITO 177553-F
CPF 070.427.854-52

15 de maio de 2018 - Patos - PB

Gisiane Cruz de Lima
Gisiane Cruz de Lima
(Fisioterapeuta)



RESOLUÇÃO Nº. 381/2010

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO nº. 381, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2010.

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições legais e regimentais, em sua 208ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP:

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975;
CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;
CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987;
CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO nº 123 de 19 de março de 1991;
CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 259, de 18 de dezembro de 2003;
CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES nº 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;
Resolve:

Artigo 1º - O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus efeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:

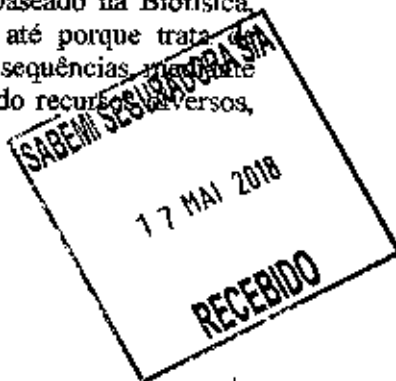
- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentadoria por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativos ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

*** É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistência técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. *In casu*, o **fisioterapeuta** é profissional com conhecimento científico suficiente para entender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na Biofísica, Bioquímica, Cinesiologia, Biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências, mediante promoção de movimentos ativos ou passivos dos próprios doentes, usando recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.

Atenciosamente, **Gisiane Cruz de Lima**

FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 177553-F

e-mail: gclimafisio@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.917

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Ramylson Luciano Alves



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
076.320.514-14

Nome
RAMYLSON LUCIANO ALVES

Nascimento
25/01/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3351779 DATA DE EMISSÃO: **13 AGO 2005**

RAMYLSON LUCIANO ALVES

João Batista Alves dos Santos

Maria José Luciano de Lima

Patos-PB DATA DE NASCIMENTO: **25.01.1991.**

Cert. Nasc. Nº 37.080Fls. 90

Liv. 33-A Cart. Patos-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

FIN 7.112 DE 28/30/83

CÓDIGO DE CONTROLE
4602.A6ED.5F48.D08B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:42:59 do dia 25/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

SABEMI SEGURADORA S/A
09 NOV 2017
RECEBIDO



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Angela Leão

DA CLÍNICA: Cabe ENFERMAGEM

A CLÍNICA: Amplia LENO

MOTIVO DA CONSULTA: Requer com o intuito de
ver o agravo
nos

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTADO: [Signature]

DATA: 11/11/15

PARECER:

Requerido

com o intuito de

ver o agravo

nos

CD 1-B-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.628/002375
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDERECO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA



UF: 25

Sexo: M

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: RAMILSON LUCIANO ALVES

Nascimento: 25/11/1991 Idade: 24 Cor: BRANCA

Profissao: FUNCIONARIO(A) PUBLICO

Endereco: AUGUSTO DOS ANJOS

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: PATOS - PB - 58709-000 - 2510608

CNS:

CPF:

Data / Hora: 17/5/2015 23:48:48

Identidade:

Reg. Naac:

Recapcionista: Ingrid

Ficha Número: 63282

Num.: 145

Fone: (83)9663-6961

7207

PESO:

PA

TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

CARATER DO ATENDIMENTO

☐ 01 - ELETIVO

☐ 02 - URGENCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ 1. PRESCRITA

☐ 2. APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO

☐ RESIDENCIA

☐ ÓBITO

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.

2.

3.

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Cmi / Cme

ROBERTO MENEZES BEZERRA DIAS - 8598 - 170-3116-3116-0005

ASS: PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS: REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS: REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE
ESTADO DA PARAIBA
100-100-100

RECEBIDO



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUIY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Cleyton Pereira		
DA CLÍNICA:	Cefe	ENFERMARIA:	
A CLÍNICA:	Amigada	LEITO:	
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
Requerido para o exame de urina e sangue			
9/8/15			
DATA:	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE		

PARECER:

11/05/15

ACETOSÉDIA

Requerido para o exame de urina e sangue com três amostras para microbiologia

CD. 1-12-15 ACETOSÉDIA

LEONARDO MONTENEGRO
Médico Especialista em Urologia

SABEMI SEGURADORA S/A

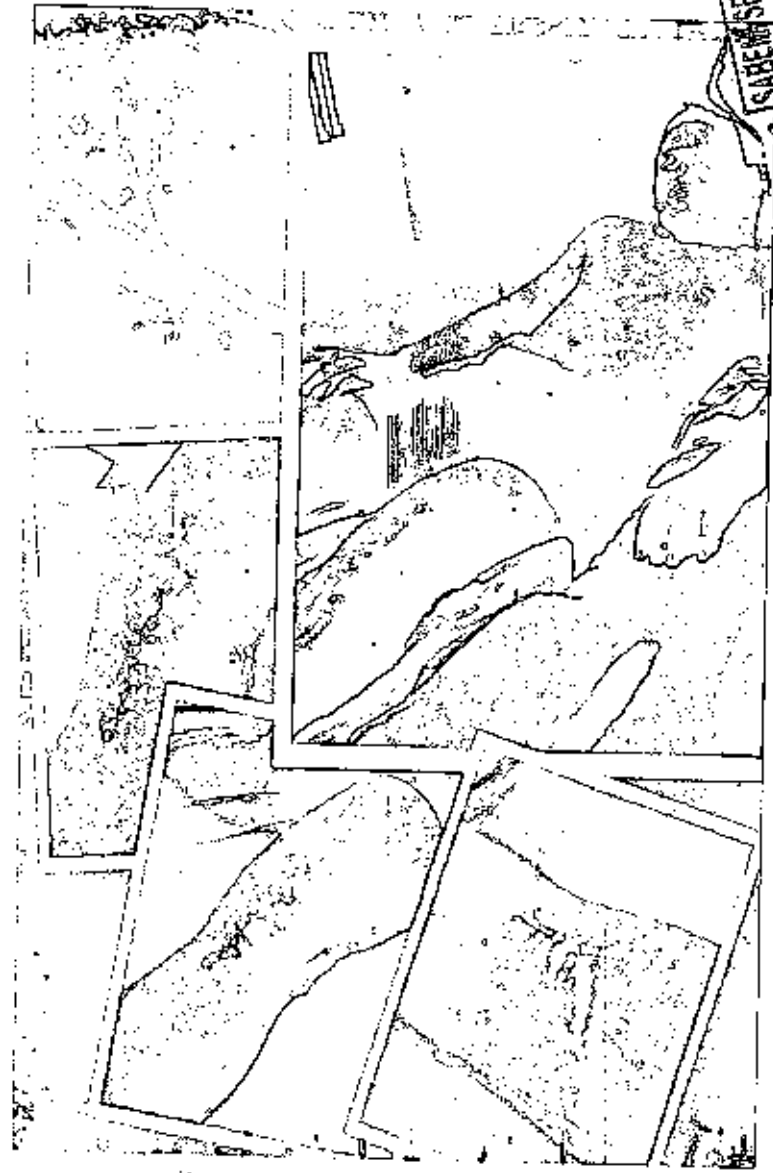
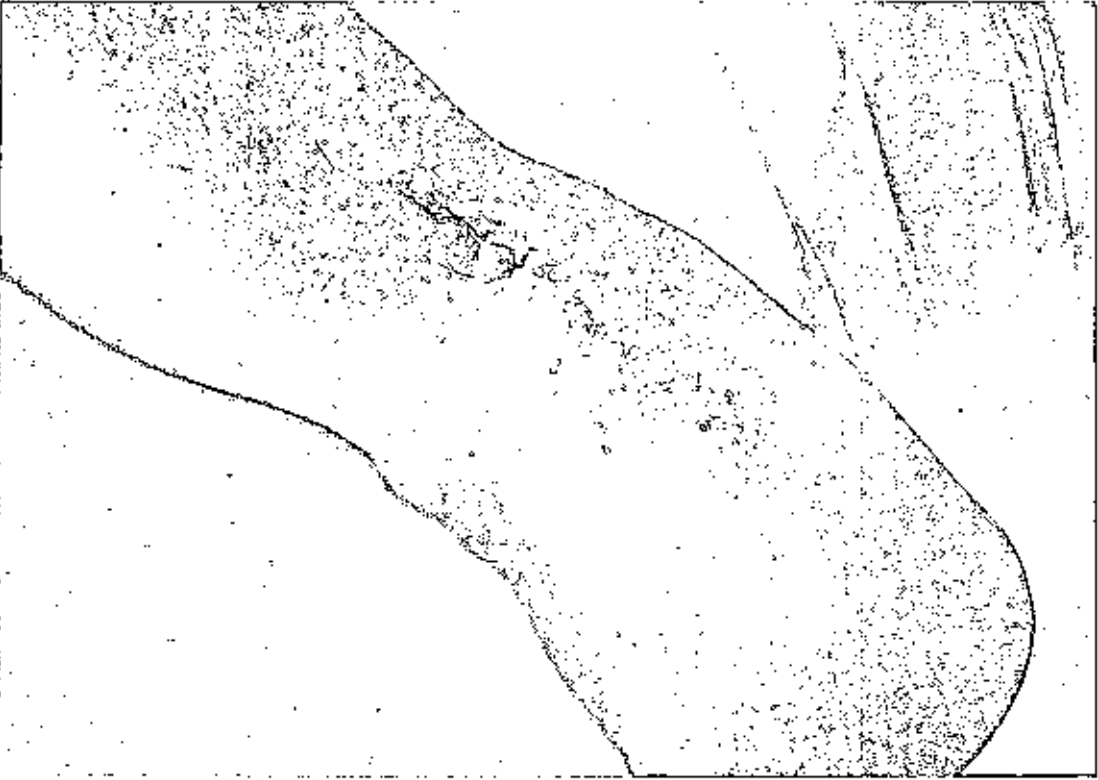
09 NOV 2017

RECEBIDO

DATA:	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
-------	-----------------------------------

RECEBIDO
09 NOV 2017
URADORA SIA





SABEM SEGURADORA S/A
09 NOV 2017
RECEBIDO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO,

RG nº 1304910, data de expedição 11/10/2011,

Órgão SSA-PB, portador do CPF nº 646.773.204-37, com

domicílio na cidade de PATOS, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: ROSETE GOMES - JATIBA', nº 333,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima RAMYLSON LUCIANO ALVES, cujo o condutor era

RAMYLSON LUCIANO ALVES.

Veículo: HONDA / 16 / 150 / FAN / 250L

Modelo: 2015

Ano: 2014

Placa: 0FA-2370/PB

Chassi: 9C2KCL680FR012756

Data do Acidente: 17/05/2015

Local e Data: PATOS/PB 12 de JUNHO de 2015.



Francisco Cavalcante Monteiro

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Ramyilson Luciano Alves

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

(Sem reconhecimento de firma)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de(s) FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO e RAMYLSON LUCIANO ALVES, portador(es) do RG nº 1304910 e 646.773.204-37, CPF nº 646.773.204-37 e 646.773.204-37, residente em PATOS - PB, no Estado de PARAIBA, em 17/05/2015, às 11h49m, em testada verdade, Patos-PB, 17/05/2015, 11h49m.

Redeça Xavier da Nóbrega Rodrigues - Tabelião Substituto
[2015-008598] ESCRITÓRIO #7,75 FASEN:RS 0,23 FEP3:RS 0,23 FEP3:RS 0,23 FEP3:RS 0,23
SELO DIGITAL: ABR72696-EDRE
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

3º OFÍCIO DE NOTAS
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
ALDO XAVIER
Fone: (83) 3421-3438
Fax: (83) 3421-8630





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ramylson Luciano Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.320.519 / 14 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ramylson Luciano Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº / , conforme determinação da Circular Susep 445/12:

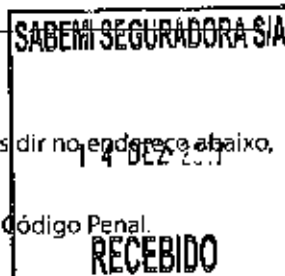
☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>RUA TITICO GOMES</u>		Número <u>405</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>BELA VISTA</u>	Cidade <u>PATOS</u>	Estado <u>PARAIBA</u>	CEP <u>58706-480</u>
Email <u>emmanoela@hotmail.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 3421-8003</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 9655-9484</u>

Patos-PB 08 de Novembro de 2017
Local e Data

Emmanoela S. P. V. de Souza Araújo
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/DIBLIOTECAWEB/DIUCORIGINAL.ASPX?TIPO=15CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

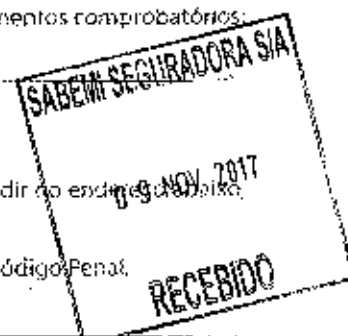
Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO, inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karanylon Junior Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.326.516 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura Involuntária da Vítima Karanylon Junior Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Eu Declaro Profissão: RECURSO-ME Renda: RECURSO-ME e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELA VISTA	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58706-460
Email emmanuela@hotmail.com.br		Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8083	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655 9484

Patos - PB 06 de Novembro de 2017
Lugar e Data

Emmanuela S. P. V. de Souza Araújo
Assinatura do Declarante



SABEM SEGURADORA S/A
14 DEZ 2007
RECEBIDO

REMETENTE



Você, sem fronteiras.

Fatura
Número da Fatura: 1308320832
TIM Celular S.A.
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 3160 - SL 8 João Pessoa

DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE JPA PL10
EMMANOELA S P V DE S ARAUJO 02984808401
R. TITICO GOMES, 405
BELA VISTA
58704-460 - PATOS - PB



7214048716 19320 00030006010 \$0 231115

T.T.M. é marca dos serviços de telecomunicações



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Obrigado por pagar este boleto.

Depositar em qualquer agência bancária.

Retire o comprovante de depósito em qualquer agência bancária. Nº 000 081.544



ENERGISA

R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - 2600 Passoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 00.045.187 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

DEBENTOR	
MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA	
RUA ESC AUGUSTO DOS ANJOS 152 PATOS	
PATOS	

CDB 40200000000000000000	
5/21667-1	

PERÍODO
NOV/2017

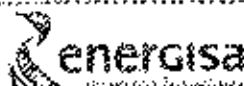
DATA VENCIMENTO
07/11/2017

VALOR
260

DATA PAGAMENTO
14/11/2017

VALOR PAGAMENTO
R\$ 245,60

Acesso: www.energisa.com.br

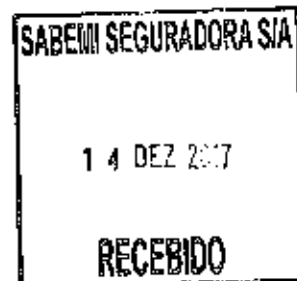


MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA

Rolêiro: 02-118-050-5380

83670000002-8 45000054000-8 00216672017-3 11000118019-6

PERÍODO	VALOR	DATA VENCIMENTO
NOV/2017	R\$ 245,60	07/11/2017





REMITENTE



Você, sem fronteiras.

Paraná
Faturado na Fatura: 1800350022
T.M. Caixa S/A
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 3103 - 5º. Andar - São Paulo
CEP: 01201-900 - SP - Tel: (11) 3143-0150



DESTINATARIO



C.D. RECIFE PE 00000000
EMMANUELA S P V DE S ARAUJO 02064002401
R. TITICO GOMES, 405
BELA VISTA
50704-400 - PATOS - PB



7214069710 183001 00000076010 30 201110

"T.M." é marca dos serviços de telecomunicações

RECEBIMOS
09 NOV 2011
SABEM SEGURADORA S/A



Conhecimento de Seguro
5/21667-1
De 230, km 25 - Estrada Rosário - João Pessoa/PB - 58011-000
02118-350-5380 - 02118-350-5380 - 02118-350-5380

Nº 001597111

MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA
RUA: ST. AUGUSTO DOS ANJOS 152 PAV. 3
FATOS

5/21667-1

NOV/2017

07/11/2017

260

14/11/2017

R\$ 245,60

MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA

Rotativo: 02-118-350-5380

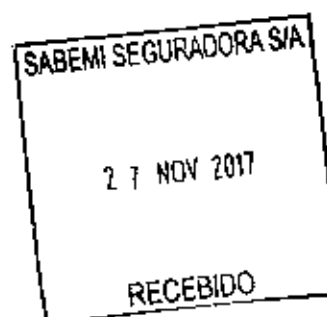
83670000002-6 45600054100-9 00216672017-3 11000115543-4

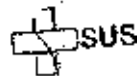


14/11/2017

R\$ 245,60

21667-0017-11-9





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



CNES: 2605473 CNPJ: 06.776.628/002376
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: RAMYLSON LUCIANO ALVES
Nascimento: 25/11/1991 Idade: 24 Cor: BRANCA
Profissão: FUNCIONARIO(A) PUBLICO
Endereço: AUGUSTO DOS ANJOS
Bairro: SANTO ANTONIO
Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
CNS: Identidade:
CPF: Reg. Naso:
Data / Hora: 17/5/2015 23:48:49 Recupelista: Ingrid
Ficha Número: 63282

Sexo: M

Num.: 145

Fone: (33)9863-6951

SABEMI SEGURADORA S/A

11 NOV 2015 17:20

TEMP:

PESO: PA: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA
2. APLICADA

- OBSERVAÇÃO
OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO

- RESIDÊNCIA
ÓBITO

- INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -																				
2 -																				
3 -																				

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Cms / Cns
ROBERTO MENEZES BEZERRA DIAS - 6598 - 170-3110-3116-0005

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Ramylson Luciano Alves

RG nº 3353 779, data de expedição 13/08/05, Órgão SSP-PB

CPF nº 076.320.544-34, 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 Eze Augusto dos Santos</u>		
Número	<u>152</u>		
Apto / Complemento			
Bairro	<u>Santo Antonio</u>		
Cidade	<u>Patos</u>		
Estado	<u>PB</u>		
CEP	<u>58700-000</u>		
Telefone de Contato	<u>(83)3421-8003</u>	<u>(83)9655-9484</u>	<u>(87)9999-9976</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos, 09/06/15



Assinatura do Declarante: Ramylson Luciano Alves



CAGEPA
COMUNIDADE DE ÁGUAS E ESGOTO DE JOÃO PESSOA

Rua Feliciano Almeida, s/n - Jaguaribe - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-97

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

28809698

REFERENCIA

JUN/2015

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUZIA ALVES

RUA ESC AUGUSTO DOS ANJOS, 152

SANTO ANTONIO

58701-050

PIOTOS

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
075.02.535.0039	000	Residência Comércio Indústria Serviço	0

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y11X168459	04/11/2011		LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA

567 - 609 | 22 | 29 | 02/07/2015

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

DEZ | 20 - 0 | 1 | NÚMERO DE AMOSTRAS

JAN/2015	26	0	PARÂMETROS	VALORES
FEV/2015	24	0	TURBIDEZ	0.57
MAR/2015	22	0	COR	12.9
ABR/2015	20	0	CORO	1.7
MAI/2015	24	0	COLIFORMES TOTAIS	0.0
MÉDIA(M)	22		DADOS REFERENTES A: ABR/2015	

DATA DA LEITURA: 02/06/2015

HORA DA LEITURA: 07:50:55

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VAL. ÁGUA	VAL. ESGOTO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	26.93		26.93
DE 11m A 20m	1	3.47		3.47
COMERCIAL CONSUMO ATE 10m	10	48.06		48.06
ACIMA DE 10m	1	8.32		8.32
TOTAL		86.78		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6.03 PIS E COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/06/2015

Total a Pagar:

R\$ 86.78

v. 14.4

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO
DESEPARAÇÃO: NORMAL
POSICAO DE DEV. ANTERIORES: EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS: SEJA DADOR DE ORCAOS AVISE A SUA FAMILIA



28809698

REFERENCIA
JUN/2015

VENCIMENTO
16/06/2015

R\$ 86.78

02610000000-7 86780010822-9 88096980620-8 15000000002-9



ISABEM SEGURADORA S/A

09 NOV 2017

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Ramylson Luciano Alves, portador da carteira de identidade nº 3353779 e inscrito no CPF/MF sob o nº 076.320.514-14, residente e domiciliado na Rua Eze. Augusto dos Anjos, Cidade Patos, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Patos, 09/06/15

Local e data





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
15ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PLANTÃO CENTRALIZADO - PATOS/PB

Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel./Fax: (83) 3423-2553



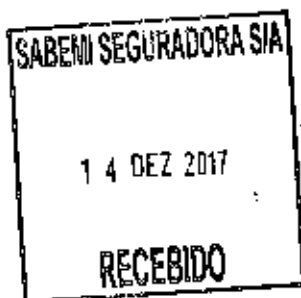
CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrência desta Delegacia, encontrei uma Ocorrência Policial Nº 2813/16 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos CINCO (05) dias do mês de JULHO do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES, Compareceu o (a) Sr.(a) **RAMYLSON LUCIANO ALVES**, Brasileiro(a), RG 3351779 SSP/PB, CPF 076.320.514-14, data de nasc.25/01/1991, natural de Patos/PB, Filho(a) de João Batista Alves dos Santos e Maria Jose Luciano de Lima, Residente no(a) Rua Augusto dos Anjos, 152, Santo Antonio, Patos/PB Tel.(83)9.9384.4520, a fim de prestar a seguinte ocorrência:

QUE, na data 17/05/2015, por volta das 23:00 horas, conduzia a moto de marca/modelo HONDA/CG 150 FAN ESDI, placa QFQ-2370/PB, licenciada em nome de FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO, na estrada que liga as cidades Patos/PB X São Jose de Espinharas/PB, quando em uma curva, perdeu o controle da moto e caiu. Que, foi socorrido por terceiros, e levado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB.

Nada mais havido a relatar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Noticiante: Ramylson Luciano Alves



Patos/PB, 05 de julho de 2016.

Ana Maria da Cruz Leandro
Mat. 138.428-1

ALDO NAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 214 - Centro CEP: 58700-020
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que
apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 17/10/2017 19:45:29
Djalma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2017-021740] EMI:R\$ 2,31 FAFEN:R\$ 0,27 FEPJSE:R\$ 0,46 ISS:R\$ 0,07
SELO DIGITAL: AFV10392-ALIA
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



ESTA OCORRÊNCIA NÃO SUBSTITUI A APRESENTAÇÃO DO (S) DOCUMENTO (S) SUBTRAÍDO (S) NELA DESCRITO(S).



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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: **3140600922** CPF da Vítima: **076.320.514-14** Nome completo da vítima: **Ramylson Luciano Alves**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Ramylson Luciano Alves** CPF titular da conta: **076.320.514-14** Profissão: **Autônomo**
Endereço: **Rua Eric Augusto dos Anjos** Número: **152** Complemento: **Casa**
Bairro: **Santo Antonio** Cidade: **Patos** Estado: **PB** CEP: **(83) 9 9655-9484**
Email: **emmanoela@hotmail.com.br** Telefone (DDD): **(83) 9 9655-9484**

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 ☐ 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)

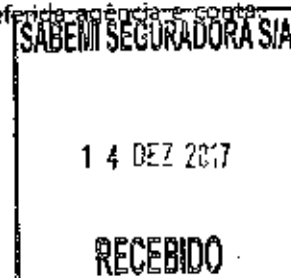
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: **Caixa Econômica Federal** NRO: **404**
AGÊNCIA NRO: **0043** D/V CONTA NRO: **00027375** D/V **1**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

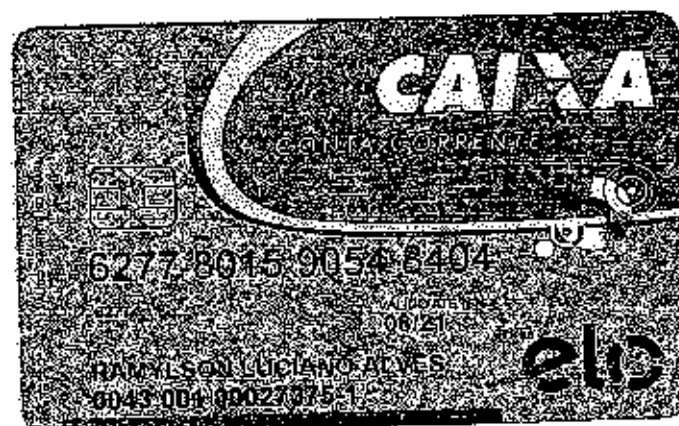
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Patos - PB 27 de Novembro de 2017
Local e Data



Ramylson Luciano Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SABEMI SEGURADORA S/A

1 4 DEZ 2017

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA

3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA I

15ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA P

PLANTÃO CENTRALIZADO - PATOS/PB

Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410. - Tel./Fax: (83) 3423-2553



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrência desta Delegacia, encontrei uma Ocorrência Policial Nº 2813/16 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos CINCO (05) dias do mês de JULHO do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES, compareceu o (a) Sr.(a) **RAMYLSON LUCIANO ALVES**, Brasileiro(a), RG 3351779 SSP/PB, CPF 076.320.514-14, data de nasc.25/01/1991, natural de Patos/PB, Filho(a) de João Batista Alves dos Santos e Maria Jose Luciano de Lima, Residente no(a) Rua Augusto dos Anjos, 152, Santo Antonio, Patos/PB. Tel. (83) 9.9384.4520, a fim de prestar a seguinte ocorrência:

QUE, na data 17/05/2015, por volta das 23:00 horas, conduzia a moto de marca/modelo HONDA/CG 150 PAN ESDI, placa QFQ-2370/PB, licenciada em nome de FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO, na estrada que liga as cidades Patos/PB X São José de Espinharas/PB, quando em uma curva, perdeu o controle da moto e caiu. Que, foi socorrido por terceiros, e levado para o Hospital Regional Dep. Janduí Carneiro, nesta cidade de Patos/PB.

Nada mais havido a relatar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim, Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B., Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 3 (cinco) anos).

Noticiante:

Ramyson Luciano Alves

Patos/PB, 05 de julho de 2016.

Ana Maria da Cruz Leandro
Mat. 132.428-7



ESTA OCORRÊNCIA NÃO SUBSTITUI A APRESENTAÇÃO DO (S) DOCUMENTO (S) SUBTRAÍDO (S) NELA DESCRITO(S).



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 0271204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

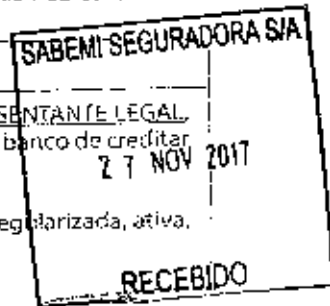
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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: 0140020922 CPF da Vítima: 1076320514-14 Nome completo da vítima: Ramires Luciano Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Ramires Luciano Alves CPF titular da conta: 1076320514-14 Profissão: Autônomo
Endereço: Rua São Joaquim dos Anjos Número: 152 Complemento: Casa
Bairro: Imbuí - Antares Cidade: Patos Estado: PB CEP:
E-mail: emmenoeta@hotmail.com.br Telefone (DDD): (83) 9 9655-8484

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

☒ RECUZO 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 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0001 D.V. 0001 CONTA: 0001 D.V. 0001
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (selecione os bancos)

BANCO: Caixa Econômica Federal N.F. 104
AGÊNCIA: 0003 D.V. 0003 CONTA: 00024345 D.V. 4
(Informe o dígito se existir) (Informe o 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.

Patos PB 27 de Novembro de 2017
Local e Data

Ramires Luciano Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

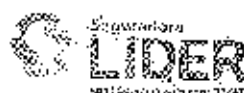
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

21 NOV 2017

RECEBIDO





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 443/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradolider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 327203 (existindo para pessoas com deficiência a audiotiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e a assinatura, para correção qualificação 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, sem dívidas e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Substituto 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").

Seguro DPVAT ou ASI:

CPF da Vítima

046.320.514-19

Nome completo da vítima

Ramilton Luciano Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Ramilton Luciano Alves	CPF titular da conta	046.320.514-19	Profissão	Autônomo
Mãe	Lucia Rose Augusta dos Anjos	Número	152	Complemento	sem
Cidade	Santa Helena	Estado	Roraima	CEP	55101-000
E-mail	brimanois@hotmail.com.br	Telefone (DDD)			(65) 3-9655-0444

Declaro, sob as penas da lei e sob pena de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima informado, sob pena de comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO (R\$) ☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 2.000,00
☐ R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
☐ CONTA POUPEANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale um (x) opção): ☐ BRadesco (127) ☐ Banco do Brasil (009) ☐ Citibank (341) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
AGÊNCIA: D.V. CONTA: D.V.	BANCO: 104
Assinatura, digite no e-mail: Bateria, digite se existir:	Assinatura, digite no e-mail: Bateria, digite se existir:

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguratória 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 efetuação o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

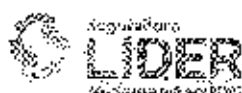
Dados - PD 08 de Novembro de 2017
Lugar e Data

Ramilton Luciano Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/17**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0353 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem exceções, 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**. É deve estar regularizada, ativa, não bloqueada 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 assinado por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo (meio) responsável (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário" e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Nome do beneficiário ou do **CPF da vítima** **Nome completo da vítima**
046.320.514-16 Ramilson Luciano Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Ramilson Luciano Alves CPF titular de conta: 046.320.514-16 Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Ezequiel dos Anjos Número: 152 Complemento: Casa
Bairro: Santa Antonia Cidade: Patos Estado: Paraíba CEP: 58701-050
Email: emmanuel@hotmail.com.br Telefone (DDD): (83) 9 9855-9484

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ NÃO SE ENQUADRA EM NENHUMA DAS FAIXAS DE RENDA ☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 1.600,00 ☐ R\$ 1.601,00 ATÉ R\$ 2.000,00
☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 7.000,00

☒ CONTA DE POUPEANÇA (destinada para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ BANCO DO BRASIL (001)
☐ OUTRO BANCO (informar o nome)

Assinatura: [assinatura] CPF: [CPF] Data: [Data]
(informar o nome do titular) (informar o nome do titular) (informar o nome do titular)

☒ CONTA CORRENTE (informar os dados)
BANCO: Caixa Econômica Federal Agência: 0043 Conta Corrente: 00024345
(informar o nome do titular) (informar o nome do titular) (informar o nome do titular)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora LIDER 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.

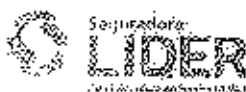
Patos - PB, 08 de Novembro de 2017
Lugar e Data

[assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA 20243751RL 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 0221264 ou 0800 221264 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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").

Assinatura do Representante Legal

CPF da Vítima

046.320.514-14

Nome completo da vítima

Ramylson Luciano Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Ramylson Luciano Alves			CPF titular da conta	046.320.514-14	Profissão	Autônomo
Endereço	Rua. Ema Augusto da Anjos			Número	132	Complemento	Casa
Cidade	Santo Antônio			Estado	Roraima	CEP	55704-050
E-mail	emmanuel@hotmail.com.br			Telefone (DDD)	(66)	3 9555 9494	

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

☒ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 9.000,00	☐ R\$ 9.001,00 ATÉ R\$ 11.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO (nome) Caixa Econômica Federal			
AGÊNCIA (nº) 0043			
CONTA (nº) 0024375			

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.

Patos - RR, 08 de Novembro de 2017

(Assinatura)



Ramylson Luciano Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13047537

A/C: RAMYLSON LUCIANO ALVES

Nº Sinistro: 3170600922
Vítima: RAMYLSON LUCIANO ALVES
Data do Acidente: 17/05/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000043**

Conta: **0000027375-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170600922**
Nome do(a) Examinado(a): **RAMYLSO LUCIANO ALVES**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ESCRITOR AUGUSTO DOS ANJOS nº 152 - SANTO ANTÔNIO - PATOS/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3351779 - SSP**
Data e local do acidente: **17/05/2015 PATOS/PB**
Data e local do exame: **06/06/2018 PATOS/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

LESÃO LACERANTE EM JOELHO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/05/2015 COM DIAGNÓSTICO DE LESÃO LACERANTE EM JOELHO ESQUERDO. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQUERDO. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, PERMANECU POR UM PERÍODO DE 60 DIAS SEM EXERCER CARGA SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 3 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA ESTRESSE EM VALGO (2+/3+), FALSEIO E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **JOELHO ESQUERDO**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

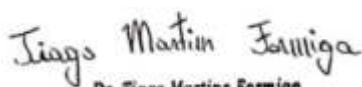
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:8085/PB


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **RAMYLSO LUCIANO ALVES**

Sinistro: **3170600922**

Vítima: **RAMYLSO LUCIANO ALVES**

Data do Acidente: **17/05/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170600922** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: RAMYLSO LUCIANO ALVES

Nº Sinistro: 3170600922

Vitima: RAMYLSO LUCIANO ALVES

Data do Acidente: 17/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170600922**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: RAMYLSO LUCIANO ALVES

Nº Sinistro: 3170600922

Vitima: RAMYLSO LUCIANO ALVES

Data do Acidente: 17/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170600922**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: RAMYLSO LUCIANO ALVES

Nº Sinistro: 3170600922

Vitima: RAMYLSO LUCIANO ALVES

Data do Acidente: 17/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170600922**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: RAMYLSO LUCIANO ALVES

Nº Sinistro: 3170600922

Vitima: RAMYLSO LUCIANO ALVES

Data do Acidente: 17/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170600922**.

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 11969415



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAMYLSO N LUCIANO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000027375-1

Nr. da Autenticação AD596BE7028694B9



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ramylson Luciano Alves
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Auxiliar
Identidade: 3351779 CPF: 026.320.314-14
Endereço: Rua Augusto dos Anjos, 145 Santa Antonia Patos PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Ramylson Luciano Alves

Patos PB 05 de Novembro 2017

Local e data

Ramylson Luciano Alves

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

Reconheço, como autêntica e verdadeira(s) Firma(s) de: RAMYLSON LUCIANO ALVES

Em testada verdade. Patos-PB 05/11/2017 16:56:10

Prática de Souza Santos - Rebellino Substituto

12017-012044 JENILARA 40:20 FAMILIARS 0:27 FAMILIARS 1:25 ISSUES 0:25

SELO DIGITAL: 4F226374-218E

Confirma a autenticidade em: <https://selodigital.ipt.br/juridico>



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170600922 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAMYLSON LUCIANO ALVES **Data do acidente:** 17/05/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO LACERANTE EM JOELHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/05/2015 COM DIAGNÓSTICO DE LESÃO LACERANTE EM JOELHO ESQUERDO. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQUERDO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, PERMANECER POR UM PERÍODO DE 60 DIAS SEM EXERCER CARGA SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 3 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. APRESENTA ESTRESSE EM VALGO (2+/3+), FALSEIO E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2018

Conduta mantida:

Observações: obs - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ramylson Luciano Alves
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteiro
Profissão: Auxiliar
Identidade: 285179 CPF: 046.300.371-14
Endereço: Rua Augusto dos Anjos, 145 Santa Antonia
Patos PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP:
58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

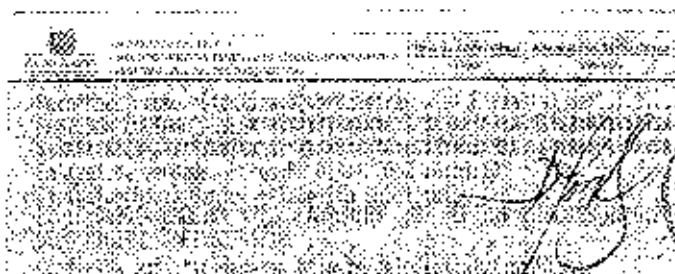
Ramylson Luciano Alves

Patos, PB 09 de Novembro, 2017

Local e data

Ramylson Luciano Alves

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIATURAS E RESERVA OU POR UM CARRO APRESSADO
 SEMPRE PORTANDO O SEU SEGURO DPVAT

PB Nº 011803929957 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

64677320497 www.dpvatsegurodotransito.com.br 70/PB
 SAC DPVAT 0800 922 1204

2014-0 027/01/2015

FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO PLACA

RENAVAM MARCA/MODELO

ANO/FAB. CIC DIF. CHASSI
 1 64677320497 QFQ2370/PB

01032668951 HONDA/CG150 FAN ESDI

FNS (RS) DENATRAM (RS) CUSTO DO SEGURO (RS)
 2014 9 9C2KC1680ER012756

CUSTO DO BILHETE (RS) UF (RS) DATA DE EMISSÃO DO BILHETE

***** PAGAMENTO SEGURO DATA DE VENCIMENTO

COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

36838-0939460-20150102

001-2014

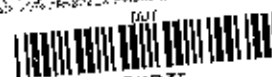
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011803929957

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD. RENAVAM 20140400082189 EXERCÍCIO
 1 01032668951 00/00000000 2014

FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO



64677320497 QFQ2370/PB

PLACA ANT/UF

NOVO PB 9C2KC1680ER012756

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

120/MOTOCICLETA/NAO ABELTA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 2015

CAP. POT. C. CATEGORIA COR PREDOMINANTE

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA

1ª 1ª IVA PAGO EM 23/12/2014

FAIXA PVA PARCELAMENTO COTAS

2ª 3ª ***** 0

PREMIO TARIFARIO (RS) JOF (RS) PREMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO PAGO 23/12/2014

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA

0

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

DATA

SABEM SEGURADORA S/A
 09 NOV 2017
 RECEBIDO

SABEMI SEGURODORA S/A
14 DEZ 2017
RECEBIDO

