



17/07/2020

Número: **0804951-09.2018.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **25/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAMYLSON LUCIANO ALVES (AUTOR)		ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO) ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32420 625	17/07/2020 09:24	<a href="#">2735406_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

*Dra. Gisiane Cruz de Lima*  
Fisioterapeuta



Domínio da Competência

### ATESTADO DE AVALIAÇÃO CINÉSIO FUNCIONAL

EU, Dra. Gisiane Cruz de Lima, Fisioterapeuta, CREFITO: 177553-F declaro para os devidos fins que se fizeram necessários **RAMYLSON LUCIANO ALVES** foi vítima de acidente motociclistico 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° 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)



COFFITO, Resolução nº. 381, de 03 de novembro de 2010. Dispõe em seu Artigo 1º que o Fisioterapeuta o âmbito de sua atuação profissional e competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.



**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 subsele, 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:**

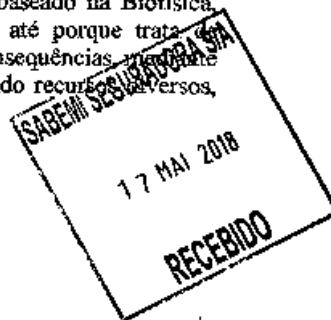
- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentadoria por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos 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.

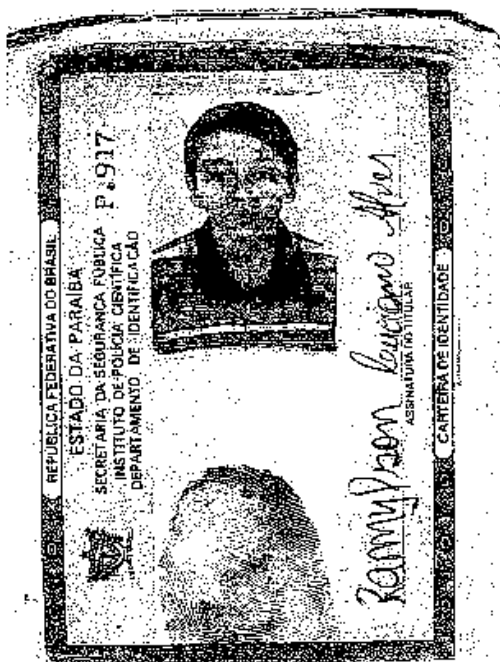
\*\*\* É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistência técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. *In casu*, o **fisioterapeuta** é profissional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

Atenciosamente, **Gislane Cruz de Lima**

FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 177553-F

e-mail: gclimafisio@hotmail.com





Documento de Identificação  
"D012"

MINISTERIO 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

REGISTRO GERAL 3351779 DATA DE EMISSÃO 13 AGO 2005

NOME **RAMYLSON LUCIANO ALVES**

**João Batista Alves dos Santos**

RESIDÊNCIA **Maria José Luciano de Lima**

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

Cert. Nasc. Nº 37.080 Fls. 90

Liv. 33-A Cart. Patos-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

FIN 17.112 DE 28/08/83

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





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



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Rafaela Leite		
DA CLÍNICA	Cipe	INTERMUNIC	
A CLÍNICA	Unidade	LENO	
MOTIVO DA CONSULTA:	REPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUIS DESSEJA OMIAR E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO		
Paciente com queixa de dor no abdômen			
Data			
ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE			

PARECER:

1715115  
(10/2017)

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

**ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE**  
**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

CHES: 2505473 CNPJ: 04.778.628/0002375

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEB JANSUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: RAMYLDSON LUCIANO ALVES

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

Profissão: FUNCIONARIO(A) PUBLICO

Endereço: AUGUSTO DOS ANJOS

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: PATOS - PB - 58709-000 - 2510608

CNS: Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: Reg. Nasc.: \_\_\_\_\_

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

Recapitulador: Ingrid

Ficha Número: 63282

UF: 25 Sexo: M

Núm.: 145

Fone: (53) 3663-6361

PESO: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

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

**ENCAMINHAMENTO**

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO

☐ INTERVENÇÃO

☐ OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO**

1.																			
2.																			
3.																			

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbo

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL**

ROBERTO MENEZES DEZERRA DIAS - 5508 - 170-3116-3116-0005

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Polígrafo Direto



GOVERNO DO PARÁIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDHUY CARNEIRO  
PATOS - PARAIBA

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Cezar Leão Jr		
DA CLÍNICA	Cefe	ENFERMARI	
A CLÍNICA	Amigada	LEITO	
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
Requerido para a cirurgia para 9/8/15			
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE		

PARECER:

11/05/15  
(10/05/15) A CETOPIEDIA  
Pedi a cirurgia (P.C.C.) com fratura  
sem fratura anterior, em nível da  
CP. 1-12 e 13 acetabular.

LEONARDO MOREIRA  
MÉDICO ESPECIALISTA

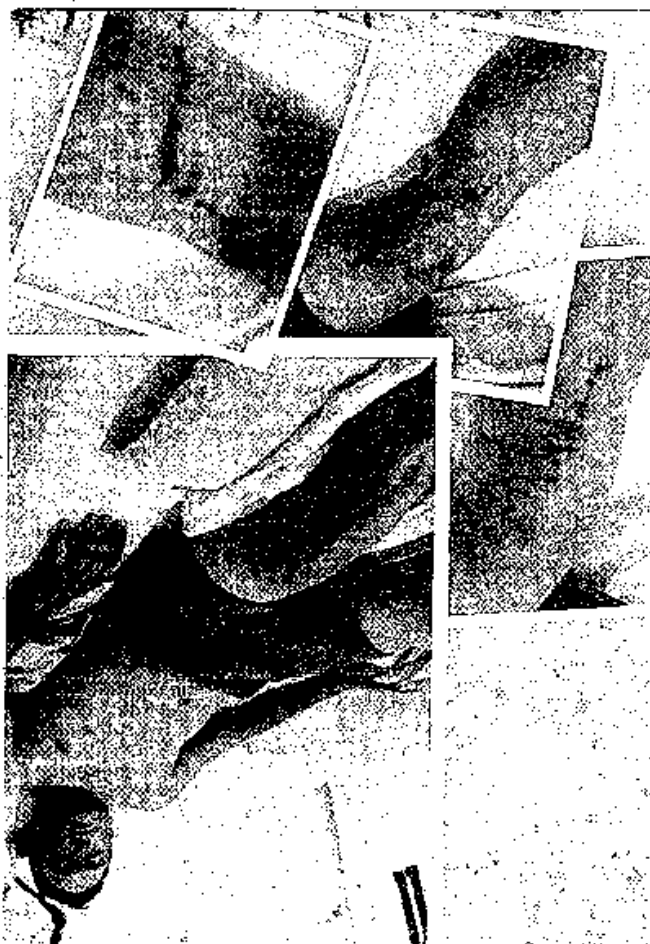


ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

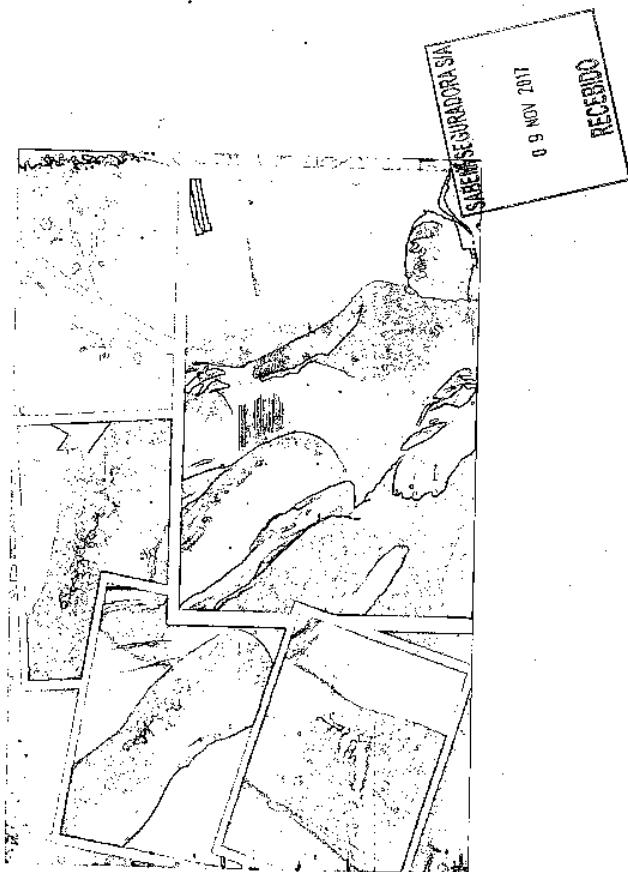
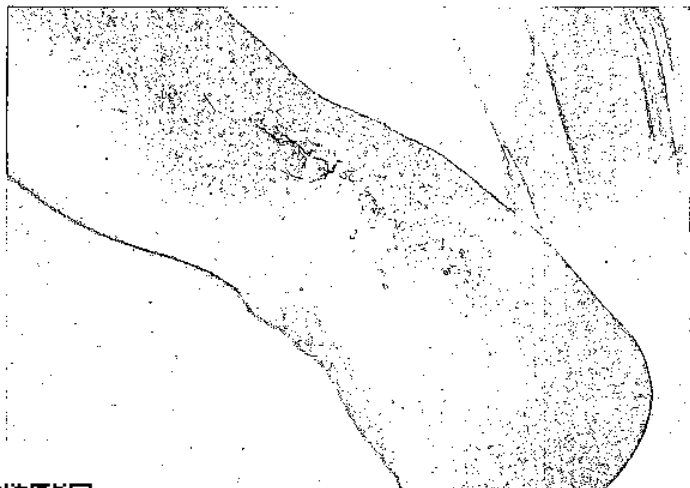
DATA



RECEBIDO  
09 NOV 2017  
CURADORA S/A









## 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 - JATUBÁ, 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 / 6 / 50 / FAN / RSDI  
Modelo: 2015  
Ano: 2014  
Placa: 0FA-2370/PB  
Chassi: 9CRKCL680FR012756  
Data do Acidente: 17/05/2015  
Local e Data: PATOS/PB 12 de JUNHO de 2015.

ALDO  
XAVIER

Francisco Cavalcante Monteiro  
Assinatura do Declarante  
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Ramylson Luciano Alves  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)  
(Sem reconhecimento de firma)

RECONHECIMENTO DE FIRMAS		3º OFÍCIO DE NOTAS	
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de...		Fone: (83) 3421-3438	
FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO		Fax: (83) 3421-8630	
Em test, da verdade, Patos-PB 19/06/2015 11:40:09		ALDO XAVIER	
Rebeca Xavier da Móbrega Rodrigues - Tabelião Substituto			
[2015-008548] JERÔNIMO #7,75 PARANÁ 0,23 PERÚ 0,23			
SELO DIGITAL: ABR22696-EDRE			
Confira a autenticidade em: <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a>			





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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 029.648.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ramylson Luciano Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.320.514 / 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:

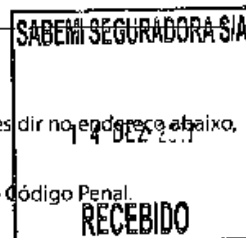
☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

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.



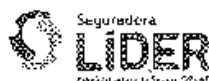
Endereço RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELA VISTA	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58706-460
Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone comercial (DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484	

Patos-PB 08 de Novembro de 2017  
Local e Data

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

DLDR.L001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVA  
CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

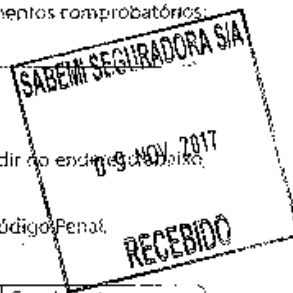
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, recolher, examinar e identificar as denúncias suscitadas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu EMMANUELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO, inscrito (a) no CPF nº 029.848.064, 01 na qualidade de Promotor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karolybon Tudorone Alves, inscrito (a) no CPF sob o nº 046.320.514, do sinistro de DPVAT cobertura Gravidade da vítima Karolybon Tudorone Alves, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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 Líder-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.



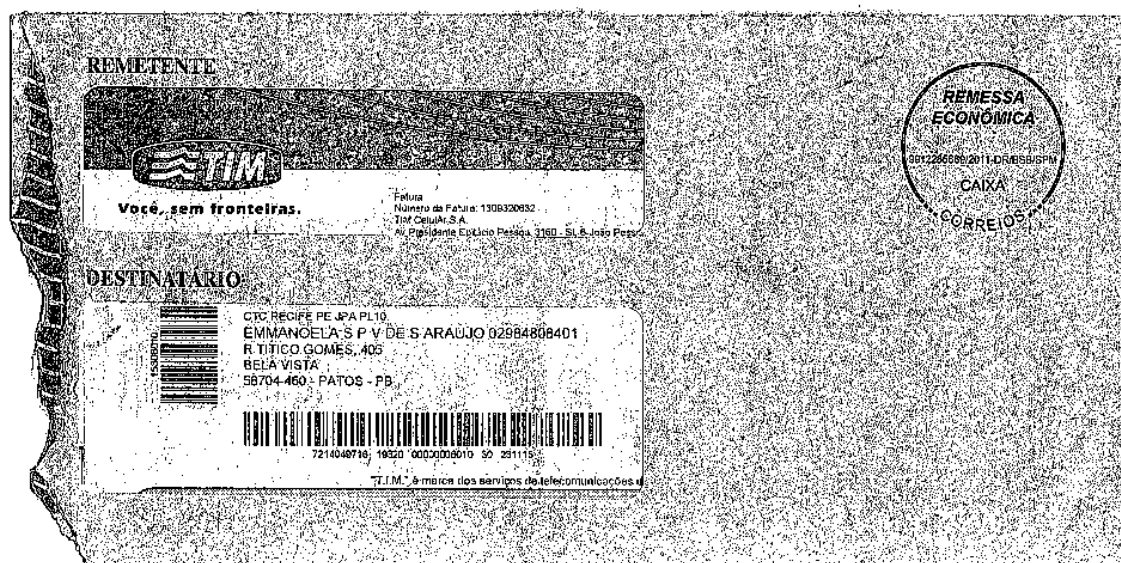
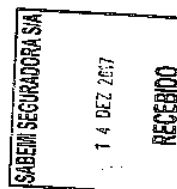
Endereço		Número	Complemento
RUA TITICO GOMES		405	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
BELA VISTA	PATOS	PARAIBA	58706-460
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
emmanuelas@hotmail.com.br		(83) 3421-8033	(83) 9 9655 9484

Patos - PB 06 de Novembro de 2017  
Lugar e Data

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

OLDRL-001 V011/2017





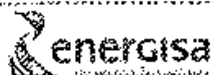
Oportunitate de așteptare înalte în țară.  
 Oportunitate de așteptare înalte în țară.  
 Pentru mai multe informații, contactați-ne la numărul de telefon: 020 300 081 544



Br 230, Km 25 - CRISTO REDEADOR - ZOO PASSA D'ÁGUA - CEP 55071-800  
CNPJ 00.045.187/0001-40 bmc.br 18.015.823-4

<b>CPF DO EMPREGADO</b> MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA RUA ESC AUGUSTO DOS ANJOS 152 PATOS PATOS		<b>CPF DO CONTRATO DO EMPREGADOR</b> 5/21667-1	
<b>PERÍODO</b>	<b>DATA DE INÍCIO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR</b>
NOV/2017	07/11/2017	260	R\$ 245,60

Access: [www.eneclsa.com.br](http://www.eneclsa.com.br)

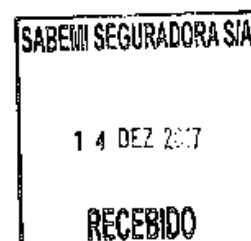


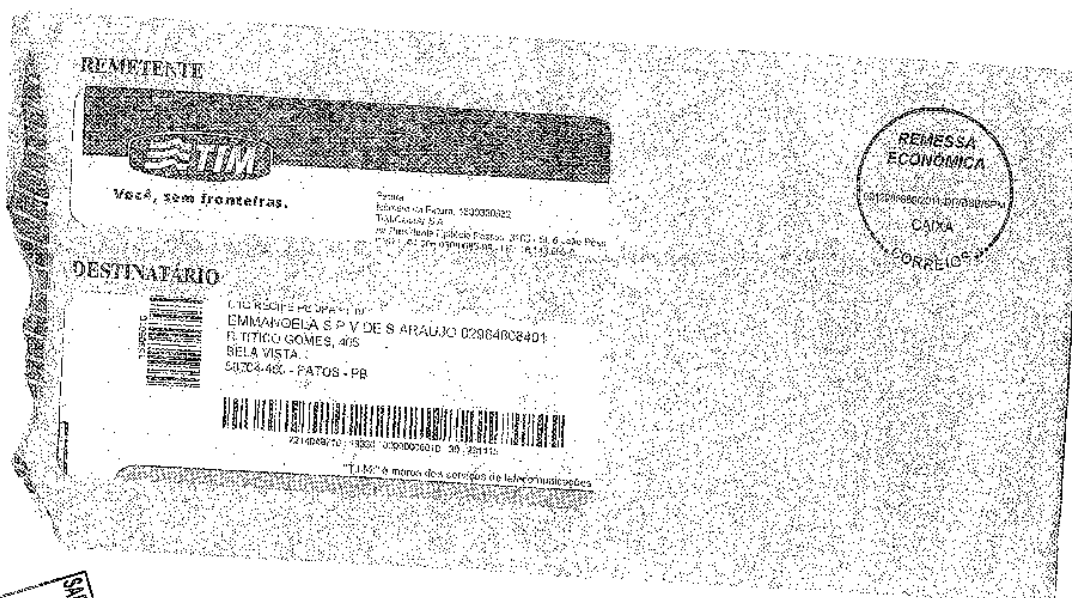
MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA

Roteiro: 02-198-050-5380

838700000003-8 45800054000-8 00216872017-3 11000118019-6

PRIMER	AMPLON	OTRO
14/11/2017	RS 245,00	21667-2017-11-0







Endereço: RUA - DOGALIA  
De 230, km 35 - Centro Residencial - Joo de Pato - PO - 11000-000  
CNPJ: 09.999.100-00149 - Fone: (11) 40.510.1000

Nº 001597-111

MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA  
RUA - DOGALIA - Joo de Pato - PO - 11000-000  
CNPJ: 09.999.100-00149

5/21667-1

NOV/2017 07/11/2017 260 14/11/2017 R\$ 245,60

MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA

Rotativo: 02-118-050-5380

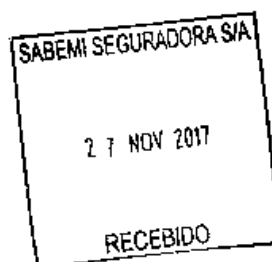
83670000002-6 45600054000-9 60216872017-5 11000116013-4



14/11/2017

R\$ 245,60

21687.2017-111





**SUS** **HP** **ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE**  
**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
 CNES: 2605473 CNPJ: 06.778.628/002376  
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
 ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
 CIDADE: PATOS ESTADO: PARAÍBA UF: 26

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: **RAMYLSO LUCIANO ALVES**  
 Nascimento: 25/1/1991 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. Nasc.:  
 Data / Hora: 17/5/2015 23:48:49 Recepcionista: Ingrid  
 Ficha Número: 63282

Num: 145  
 Fone: (83)9863-6951

SAÚDE SEGURADORA S/A  
 17 NOV 2017  
 17397

**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  
**ENCAMINHAMENTO**  
☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO  
☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO**

1 -																			
2 -																			
3 -																			

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Cbm / Cns  
 ROBERTO MENEZES BEZERRA DIAS - 6598 - 170-3110-3116-0005  
 ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo

Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

PESO: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_  
 ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)  
 EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)  
 RESULTADOS

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Ramylson Luciano Alves

RG nº 3353779, data de expedição 13/08/05, Órgão SSP-PB

CPF nº 076.320.534-34, 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)	Rua Eze Augusto dos Santos		
Número	352		
Apto / Complemento			
Bairro	Santo Antonio		
Cidade	Patos		
Estado	PB		
CEP	58700-000		
Telefone de Contato	(83)3421-8003	(83)9655-9484	(87)9999-9976
E-mail	emmanoela@hotmail.com.br		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos, 09/06/15



Assinatura do Declarante: Ramylson Luciano Alves





Rua Feliciano Almeida, s/n - Jaguaribe - João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-97

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

28809698

REFERENCIA

JUN/2015

# CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUIZA ALVES

RUA ESC AUGUSTO DOS ANJOS, 152

SANTO ANTONIO

58701-050

PRT08

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
075.02.635.0039	000	Residência	Comércio	Indústria	Público	0
Hidômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y11X168459	04/11/2011		LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
507 -	609 -	22	29	02/07/2015		
HIST. DE CONS./ANOS. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.						
DEZ	20 -	0	NÚMERO DE ANOS/ANOS			
JAN/2015	26 -	0	PARÂMETROS		VALORES	
FEB/2015	24 -	0	TURBID.		0.57	
MAR/2015	22 -	0	COR.		12.3	
ABR/2015	20 -	0	CLORO.		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	
TOTALS		86.78			

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$8.03-PIS E COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/06/2015

Total a Pagar:

R\$ 86.78

v. 14.4

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO  
DEB. ANTERIOR: NORMAL  
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES):EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.  
INFORMACOES GERAIS:SEJA DUDOR DE ORGAOS AVISE A SUA FAMILIA



REFERENCIA

VENCIMENTO

28809698

JUN/2015

16/06/2015

R\$ 86.78

0261000000-7 86780010822-9 88096980620-6 15000000002-9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071709244116900000031058778

Número do documento: 20071709244116900000031058778

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 076.320.514-34 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, 09/06/18

Local e data





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ramylson Luciano Alves

CPF da Vítima

076.320.514-14

Data do Acidente

17/05/2015

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

emmanoela@hotmail.com.br

Telefone (DDD) (83) 3421-8003  
(83) 9 9655-9484  
(87) 9 9999-9876

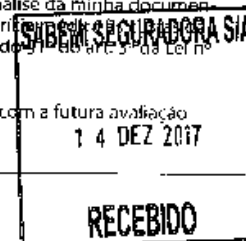
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia pericial da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Patos - PB, 08 de Novembro de 2017

Local e Data

Ramylson Luciano Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1.001 V001/2017





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

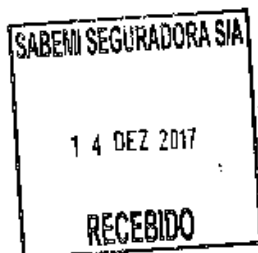
**CERTIDÃO**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal 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 FAN 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. Janduy 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: DECLANO 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 XAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL  
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 214 - Centro CEP: 58700-020  
Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.  
Patos-PB 17/10/2017 19:45:29  
Suelma de Souza Santos - Tabelião Substituto  
[2017-021740] ENUL:RS 2,31 FARPEN:R\$ 0,27 REPO:R\$ 0,46 ISS:R\$ 0,07  
SELO DIGITAL AFY10392-ALX  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tnob.jus.br>



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





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCUI**



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: 3170600922 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:   
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

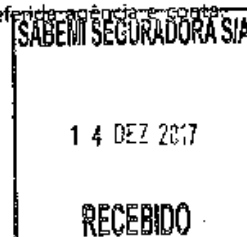
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: Caixa Econômica Federal NRG: 104  
AGÊNCIA: 0043 D/V:  CONTA: 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

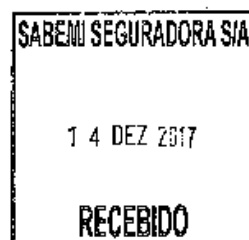
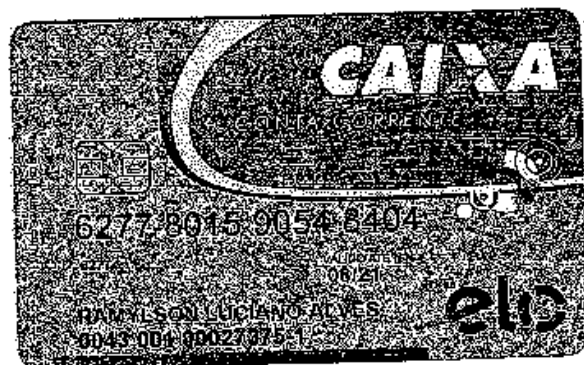


Ramylson Luciano Alves  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017









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 Bossuê 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 (el) Sr.(a) RAYMLSON 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. Janduíy 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 dispõe: 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 (três) anos).

Noticiante:

*Raymlson 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 - CÍRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271304 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

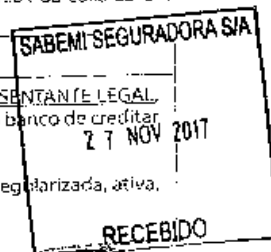
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** (assinaturas, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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: 0140820922 CPF da Vítima: 1076.320.514-14 Nome completo da vítima: Kamyllen Luciano Alves

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: Kamyllen Luciano Alves CPF titular da conta: 076.320.514-14 Profissão: Autônomo  
Endereço: Rua São Domingos dos Anjos Número: 152 Complemento: Casa  
Bairro: Imbuíto Antero Cidade: Patos Estado: PB CEP:   
E-mail: emmenoeta@hotmail.com.br Telefone (DDD): (83) 9 9655-9484

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 BANCO: Caixa Econômica Federal Agência: 1043 D.V.: 000243#5  
 Agência: 1043 D.V.: 000243#5

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.

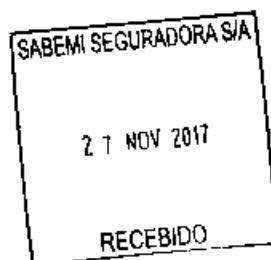
Patos PB 27 de Novembro de 2017  
Local e Data

Kamyllen Luciano Alves  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

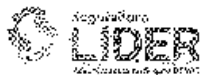
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

VERSÃO 05/01/2017









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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 021209 (exceto 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 preenchimento correto, a análise do seu pedido de indenização, Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de crédito e o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**. A conta 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, Curador) e deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo (melhor) idoso no campo 1 "Assinatura do beneficiário" ou seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do formulário ou AS		CPF da vítima <b>076.320.516-16</b>	Nome completo da vítima <b>Ramylson Luciano Alves</b>
<b>DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL</b>			
Nome completo <b>Ramylson Luciano Alves</b>		CPF titular de conta <b>076.320.516-16</b>	Profissão <b>Autônomo</b>
Endereço <b>Rua Ezequiel dos Anjos</b>		Número <b>152</b>	Complemento <b>Casa</b>
Cidade <b>Santa Inês</b>		Estado <b>Paraná</b>	CEP <b>83701-050</b>
E-mail <b>emmandeja@hotmail.com.br</b>		Telefone (DDD) <b>(83) 9 9855-9184</b>	

Declaro, sob as penas da lei, a veracidade da prova de residência junto a Seguradora LIDER - DPVAT, residindo em endereço acima. Seguro, em nome, colando comprovante de residência do endereço informado.

**TABELA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 até R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 até R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.601,00 até R\$ 2.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (bônus para os bancos abertos, Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> APOSENTADO (33%) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (004) <input type="checkbox"/> NAO (341) <input type="checkbox"/> OUTRO (342)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (bônus para os bancos)	
Assinatura <b>Ramylson</b>		BANCO <b>Caixa Econômica Federal</b>	
CÓDIGO <b>0043</b>		AGÊNCIA <b>0001</b>	
CÓDIGO <b>0001</b>		CÓDIGO <b>0001</b>	
CÓDIGO <b>0001</b>		CÓDIGO <b>0001</b>	

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.

**Paraná - 08 de Novembro de 2017**  
Lugar e Data

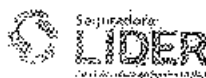
**Ramylson Luciano Alves**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPE 007/000/017



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA 002435 TRL**  
**DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (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, disponível 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 Autor da AV

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 Ezequiel de Azevedo	Número	192	Complemento	Condomínio
Bairro	Santo Antônio	Cidade	Patos	Estado	Paraíba
Cidade	Santo Antônio	CEP	58404-050	Telefone (DDD)	(83) 9 9055 9404
E-mail	etmagnocela@hotmail.com.br				

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**

<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 500,00 ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 7.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> BANCO SANTO ANDRÉ (041) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (para os bancos): BANCO CAIXA ECONOMICA FEDERAL 004		
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA
0043	00000000000000000000	0043
(informar dígito se existir)	(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, 08 de Novembro de 2017

Assinatura Data

Ramylson Luciano Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SABPE.001/0001/2017



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13047537

A/C: 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

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: RAMYLSO 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00401/00402 - carta\_15R - INVALIDEZ

00040201





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, 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.**

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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (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 sequela 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**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071709244116900000031058778>

Número do documento: 20071709244116900000031058778

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](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00515/00516 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12854776



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **RAMYLSO LUCIANO ALVES**

Nº Sinistro: **3170600922**

Vítima: **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**

Pag. 00335/00336 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12181570



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: RAMYLSO LUCIANO ALVES

Nº Sinistro: 3170600922

Vítima: 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**

Pag. 01085/01086 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 11972311



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **RAMYLSO LUCIANO ALVES**

Nº Sinistro: **3170600922**

Vítima: **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**

Pag. 01067/01068 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1205776



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

Pag. 00207/00208 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020104



# 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 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: Autônomo  
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 subestabelecer 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

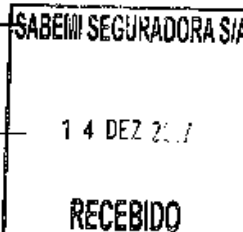
ALDO XAVIER

Patos PB 01 de Novembro 2017

Local e data

Ramylson Luciano Alves

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: RAMYLSON LUCIANO ALVES. Em testada verdade. Patos-PB 01/11/2017, 16:54:10. Juiz de Paz de Patos-PB - J. Sérgio Augusto. 12017-012044-JENL-PA 49.25 FARMILERS 0,27 FARMILERS 1,25 ISSUES 0,25 SELD DIGITAL: AFT26074-218. Confira a autenticidade em: https://selo.digital.br/pt-br/verificar





## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170600922 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAMYLSO 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, 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.  
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:**

*Dores Mendes*





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Ramylson Luciano Alves  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteiro  
Profissão: Autônomo  
Identidade: 3251779 CPF: 046.320.374-74  
Endereço: Rua Augusto dos Anjos, 145, Santa Antônia  
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 Tito 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 03 de Novembro 2017

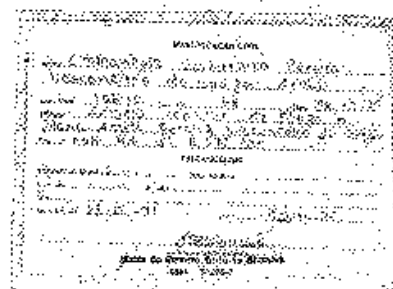
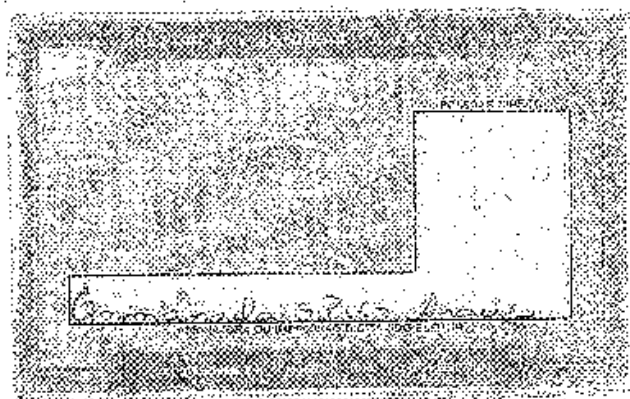
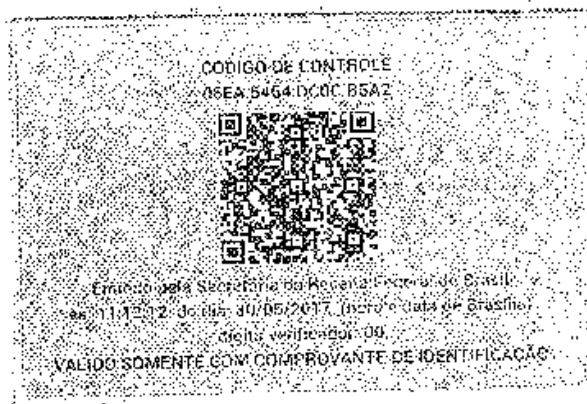
Local e data

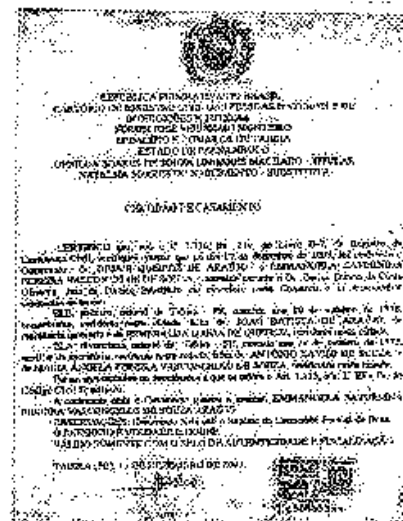
Ramylson Luciano Alves

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)









**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
029.846.084-01

Nome  
EMMANUELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS  
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento  
28/10/1975

**CPF**

Nome  
EMMANUELA SATURNINA PEREIRA  
DE SOUZA ARAUJO

Data de Nascimento  
28/10/1975

Local de Nascimento  
TABIRA/PE

CPF  
029.846.084-01

**IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA**

Nome  
EMMANUELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS  
DE SOUZA

Data de Nascimento  
28/10/1975

CPF  
029.846.084-01

Local de Nascimento  
TABIRA/PE

Data de Emissão  
15/05/2013

**CPF**

Número  
106946 99006

Nome  
EMMANUELA S. P. ARAUJO

Data de Nascimento  
28/10/1975

Local de Nascimento  
TABIRA/PE





VALDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.672.305 DATA DE EMISSÃO 04.01.1994

MANOELA SATURGINA PEREIRA VASCON  
CELOS DE SOUZA


Antonio Xavier de Souza  
Maria Angela Pereira Vasconcelos de  
Souza.

NAT. DO: DOCE Tabira-PE. DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975

Org. Nasc. 1316 L.66 P.57 Art. de Tabira-PE.

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

CODIGO DE CONTROLE  
06EA.5464 DC0C B5A2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito Verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBADO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

MANOELA SATURGINA PEREIRA  
CELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza  
Maria Angela Pereira Vasconcelos de  
Souza.

NAT. DO: DOCE Tabira-PE. DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975

Org. Nasc. 1316 L.66 P.57 Art. de Tabira-PE.

