



13/09/2021

Número: **0800638-07.2020.8.15.0551**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 15.000,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA (AUTOR)		EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO (ADVOGADO) TATIANE DE ARAUJO SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
RODOLPHO DANTAS MAFALDO PINTO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48438 110	13/09/2021 10:10	Petição	Petição
48438 113	13/09/2021 10:10	2758830_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
48438 114	13/09/2021 10:10	2758830_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11479305

A/C: JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170437551 ASL-0307202/17

Vítima: JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA

Data Acidente: 15/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00889/00890 - carta_01



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3170437551**
Vítima: **JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **15/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170437551**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS 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. 00563/00564 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12439765





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PA

DOCUMENTO 1 "T11%"



IT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JAEISON SIRINO DE OLIVEIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 3940.083EXPEDIDO POR SS DSEM 03/08/2011CPF 109858644-19 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 937 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1668 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00023522-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

_____, de _____ de _____
LOCAL E DATA

Jaeison Sirino de Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

08 AGO 2011

COPIA SEGURADOR
08 AGO 2011

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-021124.

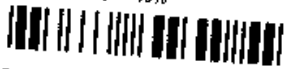


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/09/2021 10:10:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091310102057600000045979556>

Número do documento: 21091310102057600000045979556





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA

Eu, JAILSON SÍRINO DE OLIVEIRA,
portador da carteira de identidade nº 3.940-083 e Inscrito no
CPF nº 109.858.644-19, residente e domiciliado na
RUA PROJETADA - S/N/JOAQUIM VITORIO, CENTRO, REMÍGIO - PB.
CÉP: 58.392-000.
Cidade Remígio, 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;

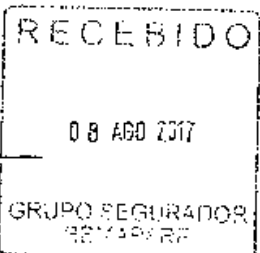
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro
DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo
automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a
análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

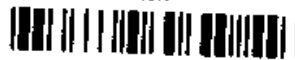
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa
perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao
direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jailson Sirino de Oliveira

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JAEELSON SIRINO DE OLIVEIRA

RG nº 3.940.083, data de expedição 03/02/2011,

Órgão SSD-SPB, CPF nº 109.958.644-19, 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

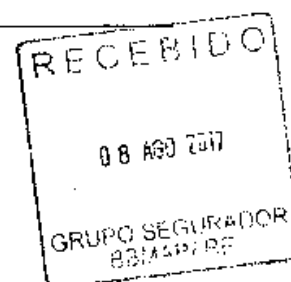
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA / SOARIM VITÓRIO</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>REMÍCIO -</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58398-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 996 06 0454</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____/_____/_____.

Jaelson Sirino de Oliveira
Assinatura do Declarante



ADRIANA SIRODO DE OLIVEIRA
RUA PROSTADA, S/N - JUAQUIM TÓRRES - CENTRO
PERNAMBUCO - CEP: 53393-300 (50.711)

Classificação: RESIDENCIAL - SAIA, RUA VONCKASCO - 9-23, km 25 - Cabo Redondo, João Pessoa/PB - CEP: 55071-650
Ratificação: 42.77 - 285 - 5570 Referência: Jan/17
NF nº: 0000130122 Emissão: 19/01/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ nº: 06.958.185/0001-40 - Ins. Est. 16.016.825-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 975 486
Código para Consulta Automática: 000 16048250

Abastecimento do Cliente Energia 0800 083 0196
Conta referente a: UC (Unidade Consumidora) 5/1404825-0
Canal de contato

Jan/2017

Apresentação

- Tarifa de Serviço de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura:

18/02/2017

CPF/CNPJ RAZÃO

CPF/CNPJ RAZÃO	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
000660454 Ins. Est.	31/12/16 5880	18/01/17 5947	1	78	29
Pagamentos em atraso					
Demonstrativo (R\$)					
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)		
Consumo - 31 a 18/01/17 - BR	30	0,14305	4,27		
Consumo - 18/01/17 a 18/02/17 - BR	48	0,25562	12,26		
ICMS			17,51		
PIS			12,40		
COFINS			0,51		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			2,37		
CONTROLE DE PUNTAÇÃO			4,84		
JUROS DE MORA 12/2016			0,01		
MULTA 12/2016			0,78		
Outros Serviços			17,81		

Dez/16	82
Nov/16	76
Out/16	89
Set/16	90
Ago/16	78
Jul/16	67
Jun/16	82
Mai/16	75
Abr/16	58
Mar/16	59
Fev/16	61
Jan/16	58

BASE DE CÁLCULO	QUANTIDADE	VALOR UNIT.
ICMS	48,02	25,00
PIS	48,02	1,0400
COFINS	48,02	0,7801

VENCIMENTO 26/01/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 37,62

b08d.ad25.4024.ad5d.2c84.a640.d926.e3aa.

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicador	Limite	Atualizado	Limite de Tolerância
DE VENTIL	8,47	1,50	
DE TRÊS	1,24		
DE ANUL	25,00		
DE MEVIL	3,42	2,00	
DE TRÊS	1,24		
DE TRÊS	1,24		
DE TRÊS	1,24		
DE TRÊS	1,24		
DE TRÊS	1,24		
DE TRÊS	1,24		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Energia Elétrica	8,35	16,87
Consumo de Energia	7,44	18,78
Serviço de Manutenção	0,44	1,17
Serviço de Limpeza	1,50	3,98
Importação de Energia	20,09	53,43
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,62	100,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Energia Elétrica, tendo um valor total de R\$ 37,62

RECEBIDO
08 AGO 2017
GRUPO SEGURADOR
821401RE



ADRIANA BRIND DE OLIVEIRA
RUA PROJETADA, S/N, JOSE VITORIO, CENTRO
REVOLO/RO CEP: 58380000 (40 71)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRAGEM MONOFÁSICO R 230, Km 25 - Cód. Redutor - João Pessoa/PB - CEP: 53014-080
Potência: 12 - 72 - 285 - 5970 Referência: Jan/2017 Cód. Fornecedor: 183/000040 - Inc. EMI 16 015 823-0
Número: 00008130127 Emissão: 18/01/2017

ENERGIA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Código para Dúvidas: 000 1404290
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Site: www.energia.com.br

Abandono do Cliente: 0800 083 0196

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 5/1404825-0

Jan/2017

Canal de contato

Apresentação

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE instituída pela Lei nº 10.438, de 20 de abril de 2002

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura

16/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
21/12/16	19/01/17	5947	78	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 20 kWh - BR	30	0,14885	4,47
Consumo > 21 a 100 kWh - BR	48	0,25352	12,28
ICMS			11,01
PS			12,40
COTRIS			0,51
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			2,37
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			4,94
JUROS DE MORA 12/2016			0,01
MULTA 12/2016			0,78
Devolução Suplida			-17,61

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	80
Nov/16	78
Out/16	68
Set/16	80
Ago/16	75
Jul/16	87
Jun/16	82
Mai/16	78
Abr/16	86
Mar/16	59
Fev/16	81
Jan/16	77

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	48,82	25,00	12,40
PS	45,62	1,0490	0,51
COTRIS	48,82	4,7801	2,37

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos Últimos meses

26/01/2017

R\$ 37,62

INDICADO AO FISCAL

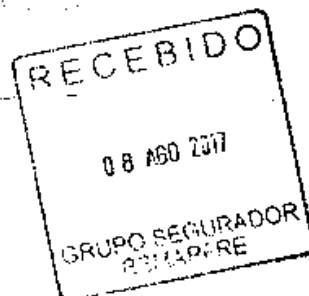
bd8d.ad25.4b24.ad5d.2c84.a640.d926.e3ae.

Indicadores de Qualidade	Limite da ANEEL	Apuração	Limite de Tensão (V)
OTM MENSAL	8,42	1,50	HOMENAL
OTM TRIMESTRAL	17,94		
OTM ANUAL	28,89		
FTM MENSAL	3,42	2,00	CONTRATADA
FTM TRIMESTRAL	6,65		UNITE INFERIOR
FTM ANUAL	13,70		UNITE SUPERIOR
DFM	3,80	1,35	
DFM	12,22		

Composição do valor total da 4ª conta	Valor (R\$)	%
Encargos de Dist. de Energia	6,35	16,87
Contribuição de Energia	7,44	19,78
Encargos de Transmissão	0,60	1,57
Encargos de Distribuição	2,50	6,65
Proteção Direta e Encargos	20,88	55,53
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,62	100,00

ATENÇÃO

Sua unidade foi furada como Bateria Remota, tendo um valor de R\$ 17,81



Num. 48438113 - Pág. 9



Erreger: Zoonose, Gefährdung: Ja, Zoonose: 2

Cheng-Shun Hsu, RESIDENTIAL/RESIDENTIAL/CONDO'S
#3446 14, 72, 292, 1500 / P#00521 D00571073

[illegible][illegible]

12th Grade English 1 Course Framework – English Language Arts

Copyright © 2001 by John Wiley & Sons, Inc.

Assistenza al Cliente: **ENERGISA** **0800 083 0196** Assiste: www.energisat.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CPF / CNPJ / RAR
Jan / 2018	23/01/2018	22/02/2018	5303808467

UC (Unidade Consumidora): 5/1730353-8

Cărul de corăbii

- Comentarho da estrutura organizacional também nos expõe
uma das grandes dificuldades da formação de uma indústria de
serviços (serviços de saúde), bem como a importância da
Qualidade de vida para a população.

[illegible]

CC-0. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the copyright owner.

VENCIMENTO 26/02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 90,96
---------------------------------	-----------------------------------

Historico de Consumo (COPPA)

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</
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

7ee6.5133.0cd5.f09c.7788.8b1a.9a1d.42dc

Indicadores de Qualidade 1127-5170

[illegible]

42-1715-1-10-10000000

Distribuição	Valor	%
Salário de 100 mil reais	25,00	100%
Salário de 200 mil reais	25,00	100%
Salário de 300 mil reais	25,00	100%
Salário de 400 mil reais	25,00	100%
Salário de 500 mil reais	25,00	100%
Salário de 600 mil reais	25,00	100%
Salário de 700 mil reais	25,00	100%
Salário de 800 mil reais	25,00	100%
Salário de 900 mil reais	25,00	100%
Salário de 1 milhão	25,00	100%
Total	250,00	100,00

RECEBIDO
09 FEB 2018
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

ATENÇÃO

References and sources

PAGE 4
 1-73-203-1539
 173253-218-01-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26/02/2018	R\$ 90.96

836600000300-1 90960054000-1 7303532018-3 01602073019-3

**Comprovante de residencia**



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF²**.

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.

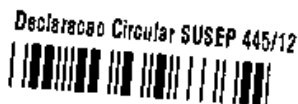
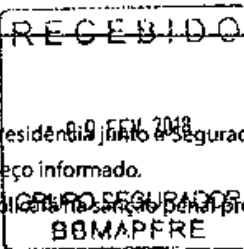
Pelo exposto, eu EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.038.084 / 67 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAELOS SIKINO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.858.644 / 19 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima JAELOS SIKINO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.858.644 / 19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 implica na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>RUA BENTO VITORIO</u>		Número <u>139</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>REMIGIO</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58398-000</u>
Email <u>EDUARDO OABPB@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 996232960</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 991828547</u>

JOÃO PESSOA, 02 de FEVEREIRO de 2018
Local e Data

Eduardo de Lima Nascimento
Assinatura do Declarante

Eduardo de Lima Nascimento
ADVOGADO
OAB PB. 17980

DLDR001 V001/2017





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Reimar Buriti Junior,
 RG nº 2551705, data de expedição 15/07/2016,
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 035504284-30,
 com Domicílio na cidade de Remigio, no Estado
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Teófilo Dias,
 nº 65, 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
JAYLSON SILVA DE OLIVEIRA, cujo o condutor
 era André Antônio de Santa Rê

Veículo.....: CAMINHONETE /ABR/ CC-D
 Ano.....: 2011/2011
 Modelo.....: MMC /2800 OUTDOOR /DIESEL / PRETA
 Placa.....: OFF 2809
 Chassi.....: 93XPNK740BCB76158
 Data do acidente.: 15/11/2016 **CEBIDO**

Local e data:

08 AGO 2017

GRUPO SEGURADOR
BOMAPRE

X Antonio Reimar Buriti Junior
 Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X André Antônio de Santa Rê
 Assinatura do CONDUCTOR (quando a vítima for carona)
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

UNICÓPIO DE
 CARTÓRIO DO UNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua Teófilo Dias 37 - Centro - Fone: 3364-1235 - Remigio - PB

☐ Maria do Socorro Barbosa Fernandes

☒ Márcia Maria Serafim dos Santos

☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de André Antônio de Santa Rê

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório

Deu fé Remigio, 01/08/2017

"SELO DIGITAL: AF009640-WR00"

Consulte a autenticidade em <https://sctodigital.tpb.jus.br/>

UNICÓPIO DE
 CARTÓRIO DO UNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua Teófilo Dias 37 - Centro - Fone: 3364-1235 - Remigio - PB

☒ Maria do Socorro Barbosa Fernandes

☒ Márcia Maria Serafim dos Santos

☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de Antonio Reimar Buriti Junior

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório

Deu fé Remigio, 01/08/2017

"SELO DIGITAL: AF009639-P930"

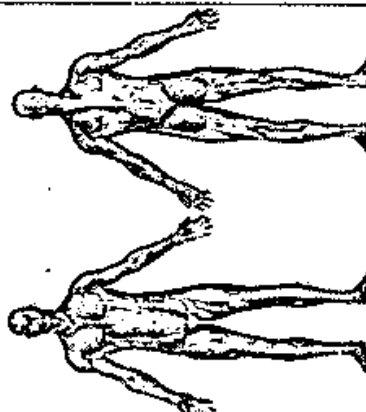
Consulte a autenticidade em <https://sctodigital.tpb.jus.br/>



UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: 00023671
CNPJ: 08-778.288/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE
Estado: PARAÍBA
UF: 25

DADOS DO PACIENTE			
PRONTUÁRIO Nº: 1543264			
Nome:	JAELSON CIRINO DE OLIVEIRA	Sexo:	MASCULINIDADE;
Profissão:	SOCORRISTA	Documento	SEM DOCUMENTO
End.:	SEM INFORMAÇÃO SIN	Bairro:	CENTRO
Município:	REMÍCIO	Estado:	PGCEP;
Data Atendimento:	15/11/2016	Código do Município:	251279
Cartão do SUS:	DTA NASCIMENTO: 15/11/1965		QUEIXAS: CAPOTAMENTO
MECANISMOS DO TRAUMA			

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Inguirimento venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Moedadura |
| 9. Enfimasia subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmaçamento | 28. Objeto enterrado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Alma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Alma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queloides |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite aguda |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síndrome de Requinbala |

[illegible]

BIDC
2017
URADOR
FRE

DIAGNÓSTICO / CID: *Depressão an.*

DIAGNÓSTICO / CID: *Polio*

[illegible]

**TOMOGRAPHIA
REALIZADA EM:**

5.01434001

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais _____

() Gastrometria arterial _____

() Tomografia Computadorizada _____

() Ultrassonografias: _____

() Radiografias: _____

() Tomografia Computadorizada _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ hs Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ às _____ hs Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:		PRESCRIÇÕES E CONDUZAS:	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL - 2000 mm	- EVOK	15:15 h
2	Tilbortil 60mg + 10	- EV OK	15:18 h
3	D.P. 1000ml	- EV OK	15:15 h
4	STORY 500ml	- EV OK	15:15 h
5	Transf 100ml	- EV OK	21:40
6			

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Depoimento 10 EV
Dr. Carlos Mendes de Vas. Viana
Cirurgião Geralista
R. UROCYTOGRÁFICA

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/11/16	Fl. Cidr. Geral	Jackson Curioni
20:50h		NCR 13:20
Paciente estarelec. Refere		
queixas cefalalgicas		
Fiebre autossuorosa (corro cabeludo		
e axilas D).		
concomitante e cefaleia forte.		
Alargados (5)		
TESTES NEGATIVOS.		
Rx perfil e dorax: NCR.		
Coli: - Arealização da NCR		
(PR: vitralgia e perda		
de consciência)		
- Chanceler color		
cecestral		
- Alta da cirurgia geral.		
- Omeopatia para		
celula.		
DR. Antônio Gomes		
Médico Cirurgião		
CRM-PR 6767		
NCR 07:30		
Atividade G.F. de trabalho		
Ata NCR		
DESTINO DO PACIENTE: _____	hs. _____	
() Centro cirúrgico: _____	() Alta Hospitalar {	
() Internação (selec): _____	() A reavalia	
() Transferência a outro SE TOR ou HOSPITAL: _____	() Decisão médica	
	() Óbito	
Assinatura Médica de Sando		
Ass. do paciente ou responsável (se necessário)		

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ficha de Acolhimento

23 anos

Nome:	Jailson Lourenço de Oliveira		
End:	Bairro: Parelheiros		
Data de Nascimento:	Documento de Identificação:		
Queixa:	Capoturno	Data do Atend:	15-11-16 Hora: 15:00 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Palida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

DR. SUELIO MOREIRA TORRES
ENFERMEIRA
COREN-PB. 680.648

Assinatura e carimbo do profissional





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

PACIENTE:	JAELSON CIRINO DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME:	15/11/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

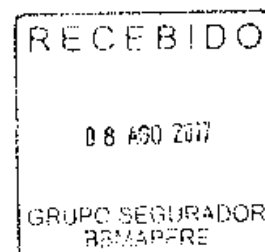
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

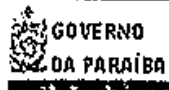
Assência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Adicionalmente, observa sinais de nefrolitíase à direita.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.

Dr. Diego Araujo de Freitas
Médico Radiologista
CRM-PB: 7195





GOVERNO

DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

Paciente: JAEISON CIORINO DE OLIVEIRA

Data do Exame: 15/11/2016

Exame: Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical

Indicação: Paciente com politrauma e dor cervical.

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento cervical.

Análise:

- Eixo cervical preservado.
- Não há sinais de fraturas ou luxações nos corpos vertebrais avaliados.
- Corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior preservados.
- Lâminas e pedículos de aspecto normal. Facetas articulares conservadas.
- Discos intervertebrais com forma e densidade habituais.
- Saco dural e seu conteúdo de aspecto normal.
- Canal raqueano de configuração e dimensões normais em todos os segmentos estudados, sem lesões expansivas detectáveis em seu interior.

Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega
CRM/PB: 6481





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA

CNPJ: 11.376.311/0001-76
RUA DES. LUIZ BRONZEADO, S/N - CENTRO - REMÍGIO-PB



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	ANTONIO ABIMAR BURITI JÚNIOR
CRM:	CRM-PB 6730 / RN 7361
UF:	CPB
Endereço:	End. Av. Pres. Rodrigues Alves, 482 Praia - Campina Grande-PB
Cidade:	REMÍGIO
UF:	PB
Telefone:	Fone: (83) 3341-5545
Assinatura e Carimbo do Médico	
DATA:	29/11/16

Paciente:	Soclema Dantas Oliveira
Endereço:	R. Souza Vieira Torres 163
Prescrição:	Prescrição Prescrita 12 meses 1 - 54m Aplica 1 amp na profundidade do estômago a cada 3 dias até totalizar 2 aplicações dur 5 dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome Completo:	Dr. Abimar Buriti
RG:	Org. Dentar
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	DATA: / /
Assinatura do Farmacêutico	



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA

CNPJ: 11.376.311/0001-76
RUA DES. LUIZ BRONZEADO, S/N - CENTRO - REMÍGIO-PB



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	ANTONIO ABIMAR BURITI JÚNIOR
CRM:	CRM-PB 6730 / RN 7361
UF:	CPB
Endereço:	End. Av. Pres. Rodrigues Alves, 482 Praia - Campina Grande-PB
Cidade:	REMÍGIO
UF:	PB
Telefone:	Fone: (83) 3341-5545
Assinatura e Carimbo do Médico	
DATA:	20/11/16

Paciente:	Soclema Dantas Oliveira
Endereço:	R. Souza Vieira Torres 163
Prescrição:	Prescrição Prescrita 12 meses 1 - 54m Aplica 1 amp na profundidade do estômago a cada 3 dias até totalizar 2 aplicações dur 5 dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome Completo:	Dr. Abimar Buriti
RG:	Org. Dentar
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	DATA: / /
Assinatura do Farmacêutico	



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Jaehon Chino de Oliveira

foi atendido (às) hoje, às 07:30 ()
horas, necessitando de 03 (três)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S06

Campina Grande, 16, 11, 16

Alexandre Marinho
CRM-PB: 5444
RUA ... 304 - 25

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-909 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 904





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA
 RUA DR. LUIZ BRONZEADO, S/N
 CENTRO - REMÍGIO - PB

foramar C. de Souz

> anal

*Ciprofloxacino
 500mg - 4ml*

Tomar 1x

*de 12 em 12h
 07 dias*

Marlene Elias R. de Oliveira

MÉDICA
 CRM - 1711 - PB

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 17/11/16

O RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



GOVERNO DA PARAIBA

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



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA
 RUA DR. LUIZ BRONZEADO, S/N
 CENTRO - REMÍGIO - PB

Jackson Sérgio de Almeida

ATO 012

Jackson Cirino

Rx

Mo Oral

Ibuprofeno 600 06cps

*Tomar 1cp 8/8
 (3x/dia)*

*1) Profhm 100mg 01ca
 01 cp 12/12h - 6 dias*

[Handwritten signature]

Dr. Jovane Abimael S. Oliveira
 MÉDICO
 CRM-PB 9290

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 16/11/16

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Alexandra Marinho
 CRM-PB 4444
 [Handwritten signature]

MOD. 001

11/11/16



VALDELENA TOMAZ DANIEL
DROGAS & BULAS
 RUA JOAO PESSOA, 08 - CENTRO - RELEGIO - PARAIBA
 CNPJ: 41.127.507/0001-98
 IE: 16.095.937-3
 IN: 4380332

25/11/2016 09:37:56 CCF:081111 COD:140445

CUPOM FISCAL

ITEM	QTD	DESCRICAO	DTO	VL UNIT (R\$)	VL ITEM (R\$)
1	1	78960221538 AGUA OXIG 1000 ML	1000	3,00	3,00
TOTAL - R\$					3,00
A VISTA					3,00

ASO9CF78A30424E09ADF445453759347
 PARAIBA LEGAL RECEITA CIDADAO
 TORPEDO PREMIADO:
 41127507000198 25/11/2016 1500
 VENDEDOR: 10 - FABIANA MARTINS SILVA
 TRIB APROX (R\$) FED: 2,02 EST: 0,00 MUN: 0,00
 FONTE: 15PT/RECOMERCIO DE ARSER7
 DALLFOMT LOOTLITV ENATECFE CCEB005K CCEEDDFJESU
 BEMATECH HP-4000 III FI ECF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 002 LJ: 0001
 0000000000EVDUEROT 25/11/2016 09:38:15
 FAB: BE091210100011259253

BR

VALDELENA TOMAZ DANIEL
DROGAS & BULAS
 RUA JOAO PESSOA, 08 - CENTRO - RELEGIO - PARAIBA
 CNPJ: 41.127.507/0001-98
 IE: 16.095.937-3
 IN: 4380332

25/11/2016 09:38:17 CCF:081111 COD:140445

CUPOM FISCAL

ITEM	QTD	DESCRICAO	DTO	VL UNIT (R\$)	VL ITEM (R\$)
1	1	78960221538 AGUA OXIG 1000 ML	1000	15,00	15,00
TOTAL - R\$					15,00
A VISTA					15,00

ASO9CF78A30424E09ADF445453759347
 PARAIBA LEGAL RECEITA CIDADAO
 TORPEDO PREMIADO:
 41127507000198 25/11/2016 1500
 VENDEDOR: 10 - FABIANA MARTINS SILVA
 TRIB APROX (R\$) FED: 2,02 EST: 0,00 MUN: 0,00
 FONTE: 15PT/RECOMERCIO DE ARSER7
 DALLFOMT LOOTLITV ENATECFE CCEB005K CCEEDDFJESU
 BEMATECH HP-4000 III FI ECF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 002 LJ: 0001
 0000000000EVDUEROT 25/11/2016 09:38:53
 FAB: BE091210100011259253

BR





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 012710950B14	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO 2016	
VA	COD RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	00384224741		2016
NOME			
ANTONIO ABIMAR BURITI JUNIOR			
CPF / CNPJ	PLACA	CHASSI	COMBUSTÍVEL
03550428430	OFF2809	93XENK740BCB76158	DIESEL
PLACA ANT / UF	CHASSI	ANO FAB.	ANO MOD.
NOVO / PB	93XENK740BCB76158	2011	2011
ESPECIE TIPO	MARCA / MODELO	COR PREDOMINANTE	CATEGORIA
ESP / CAMINHONETE / ABER / CC D	MMC / L200 OUTDOOR	PRETA	PARTIC
CAP / POT / CL	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
05P / 1.08T / 141CV	1ª *****	2ª *****	3ª *****
FAIXA DE IVA	PARCELAMENTO / COTAS		
1 IEVA PAGO EM 28/07/2016			
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O	28/07/2016
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
2 EIXOS	LOCAL	DATA	
CAMPINA GRANDE - PB		08/08/2016	
4066515			
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/09/2021 10:10:20			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS		AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 012710950B14		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
ES, LEIA NO VERSO			
DE COBERTURA			
transito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	PLACA	
2016	08/08/2016	OFF2809	
CPF / CNPJ	MARCA / MODELO	Nº CHASSI	
03550428430	MMC / L200 OUTDOOR	93XENK740BCB76158	
RENAVAM	ANO FAB.	CAT INF	
00384224741	2011	10	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DEBTRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTA A RESERVA DO SEGURO (R\$)	
PAGAMENTO			
☒ COTA ÚNICA			
☐ PARCELADO			
DATA DE QUITAÇÃO			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.604/0001-04			
www.seguradoralider.com.br			

RECEBIDO	
08 AGO	
08/08/2016	
204381	
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/09/2021 10:10:20	



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

DOCUMENTO 8 *T8%*



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz. Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente EDUARDO LIMA DA SILVA		Nome da Vítima JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA	CPF da Vítima 10985864419
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz. Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

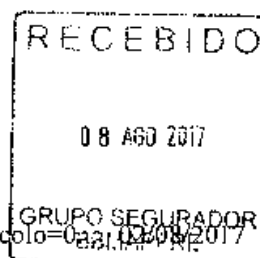


0124853

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=033102057600000045979556>





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JAEELSON SIMEÃO DE OLIVEIRA
DATA DO ACIDENTE 100.858.644-19 CPF DA VÍTIMA
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É JAEELSON SIMEÃO DE OLIVEIRA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PRAZEROSA, S/N, JOAQUIM VITÓRIO, CENTRO
Nº S/N COMPLEMENTO 39040m VITÓRIO BAIRRO CENTRO
CIDADE Remigio UF PB CEP 58398000
E-MAIL JAEELSON541040@gmail.com TELEFONE (83) 996060454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFERINDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLIC

Outros



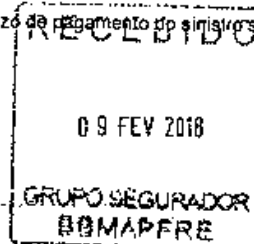
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO		Nome da Vítima JAELOSIRINO DE OLIVEIRA	CPF da Vítima 10985864419
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações *DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO - CIRCULAR SUSEP 445/12; Du 03072021 24 324858	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170437551 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 15/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE COLUNA CERVICAL

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMA TRATAMENTO REALIZADO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES.

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**PROCURAÇÃO**

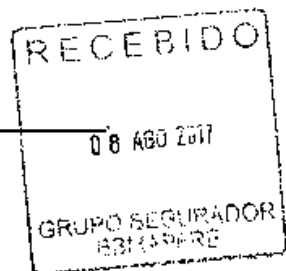
OUTORGANTE: JAEZSON SIRINO DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR **Nº DO RG:** 3940083
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 03/02/2017
Nº CPF: 109-858644-19 **ENDEREÇO:** RUA PROJETADA, S/N,
JOAQUIM VITORIO, CENTRO, REMIGIO-PB, CEP: 58398-000

OUTORGADO: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 3956081
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 12/08/2013
Nº CPF: 053-038 084-67 **ENDEREÇO:** RUA BENTO VITORIO, 139
CENTRO, REMIGIO-PB, CEP: 58398-000

PODERES:

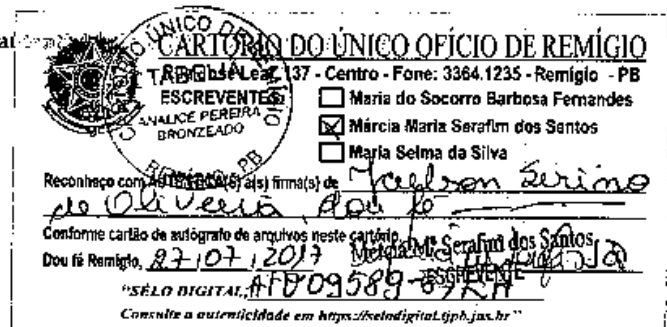
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário JAEZSON SIRINO DE OLIVEIRA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consorcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Jaezson Sirino de Oliveira de _____ de 20 _____



Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por at





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE REMÍGIO/PB

Processo n.º 08006380720208150551

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à **INVALIDEZ PERMANENTE**.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidirá a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

REMÍGIO, 9 de setembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/09/2021 10:10:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091310102134400000045979557>
Número do documento: 21091310102134400000045979557