

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180533310

Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180533310**.

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 13611248



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180533310

Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13613957



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180533310

Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:
 CPF da Vítima: 713315394-73
 Nome completo da vítima: José Fernando M. dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Fernando M. dos Santos		CPF titular da conta: 713315394-73	Profissão: Recuso
Endereço: Rua Prefetada		Número: 30	Complemento:
Bairro: Chata Redonda	Cidade: Alhandra	Estado: PB	CEP: 58320-000
Email:			Telefone (DDD):

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"/> RECUSO 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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO: 1033 D/V: CONTA NRO: 107028 D/V: 7		BANCO: Nome: NRO: AGÊNCIA NRO: D/V: CONTA NRO: D/V: 299	
(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.

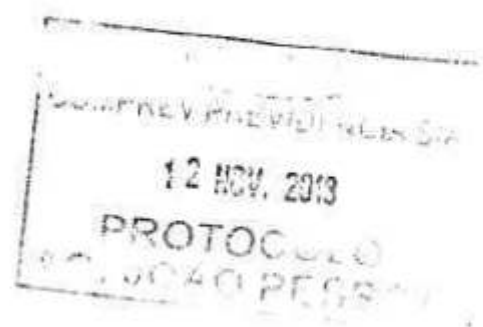
José Pessoa 12 de Novembro de 2018
Local e Data

JOSÉ FERNANDO MERCEZ DOS SANTOS
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

19. OP C. Poutença
1033 023 107028-7

Jose Fernando Mertes dos Santos





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00587.01.2018.1.06.106

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00587.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:32 horas do dia 19 de junho de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Basílio Rodrigues, matrícula 1355406, e lavrado por Renata Maria Teixeira Thorpe, Agente de Investigação, matrícula 1820095, ao final assinado, compareceu **Jose Fernando Mercês dos Santos**, RG nº 4427812 SDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Mecânico, filho(a) de Janira Maria das Mercês dos Santos e Jose Inácio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/01/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Silvino Bezerra de Lima, Nº 110, complemento MATA REDONDA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Bar de Seu Bal, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-5406.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Silvino Bezerra de Lima, nº 110, Mata Redonda, Bar de Seu Bal, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/05/18 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, EM 18 DE MAIO DE 2018, POR VOLTA DAS 11HS, O COMUNICANTE ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO BAR DO TREVO, NA MATA REDONDA E FOI ATRAVESSAR A RUA E NÃO VIU QUANDO VINHA UMA CAÇAMBA E ACABOU ATINGINDO O COMUNICANTE NO LADO ESQUERDO; QUE, COM O CHOQUE O COMUNICANTE PERDEU A CONSCIÊNCIA E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, OCORRÊNCIA 2076193, E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVÍCULA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

RENATA MARIA TEIXEIRA THORPE
Agente de Investigação

Alhandra/PB, 19 de junho de 2018.

JOSE FERNANDO MERCES SANTOS

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00587.01.2018.1.06.106



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00587.01.2018.1.06.106

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00587.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 09:32 horas do dia 19 de junho de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Basílio Rodrigues, matrícula 1355406, e lavrado por Renata Maria Teixeira Thorpe, Agente de Investigação, matrícula 1820095, ao final assinado, compareceu **Jose Fernando Mercês dos Santos**, RG nº 4427812 SDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Mecânico, filho(a) de Janira Maria das Mercês dos Santos e Jose Inácio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/01/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Silvino Bezerra de Lima, Nº 110, complemento MATA REDONDA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Bar de Seu Bal, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-5406.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Silvino Bezerra de Lima, nº 110, Mata Redonda, Bar de Seu Bal, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/05/18 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, EM 18 DE MAIO DE 2018, POR VOLTA DAS 11HS, O COMUNICANTE ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO BAR DO TREVO, NA MATA REDONDA E FOI ATRAVESSAR A RUA E NÃO VIU QUANDO VINHA UMA CAÇAMBA E ACABOU ATINGINDO O COMUNICANTE NO LADO ESQUERDO; QUE, COM O CHOQUE O COMUNICANTE PERDEU A CONSCIÊNCIA E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, OCORRÊNCIA 2076193, E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVÍCULA.

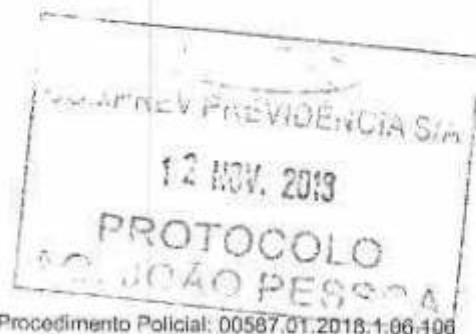
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

RENATA MARIA TEIXEIRA THORPE
Agente de Investigação

Alhandra/PB, 19 de junho de 2018.

JOSE FERNANDO MERCES SANTOS

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00587.01.2018.1.06.106

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 interdita 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

Jose Fernando ch dos Santos

CPF da Vítima

713.315.394-71

Data do Acidente

28/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

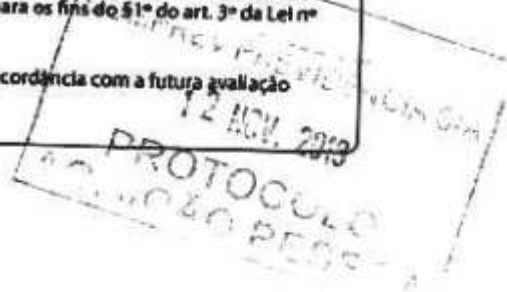
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Jose Fernando 12 de Novembro de 2018
Local e Data

JOSE FERNANDO MERCEZ DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



P o s t m o d e r n A i d s T r a n s f e r

Prefeitura Municipal de Alhandra

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: USA -

IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
18.05.18	2076193	José Fernandes Mees dos Santos	19	M
Local da Ocorrência		Município	Médico Regulador	
Mata Redonda		Centro	Dr. Felipe	
Apresentação: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:				
QTA: <input type="checkbox"/> Solicitada por Terceiros <input type="checkbox"/> Recurso Atendimento <input type="checkbox"/> Solicitada pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local pelo Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

- ANTECEDENTES

<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO
<input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA:	PROCEDENTE

MEDICAMENTOS

☐ OUTRO CINEMÁTICA:

PATOLOGIA (S):

ULTIMA ALIMENTAÇÃO

VACINAS:

DESTINO

Locat: _____

Responsively

Кыргызстан

Local 2:

Responsible: V

Funktion:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

ANAMNESE CLÍNICA (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

Principais sintomas de ~~insuficiência~~ por ~~cardíaca~~
 insuficiência cardíaca, edema em membros inferiores, cansaço
 com ~~exacerbação~~ Agor ~~relatório~~ de ~~insuficiência~~ cardíaca
 DADOS VITAIS

DADOS VITAIS

VAA: Livre Obstruída - **RESPIRAÇÃO:** > 30 irpm < 30 irpm **PULSO RADIAL:** Presente Ausente **PAS:** > 90 mm Hg < 90

P.A: 140x100 FC: 80 FR: 22 GLICEMIA: 109 E. Coma: _____ SpO2 s/ O2: _____ SpO2 c/

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente víctima de atropelamiento, realizado atendimento e regulado p/ hospital de trauma LP, requirí des cuidados d equipe.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

MÉDICO: _____ CRM: _____

CONDUCTOR: _____

RECUSA

NOME

ASSINATURA.

GOV. PREVIDENCIA SIA
12 NOV. 2013
PROTOCOLO
RGE 125000
TESTEMUNHAS

COHEN

JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS
RUA PROJETA DA SILVA, CASA - MATA REDONDA
ALHANDRA / PB CEP: 58320000 (AO: 18)

Emissão: 21/09/2018 Referência: Set / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO P220
Potência: 12 - 20 - 320 - 2820 NF Medidor: 00011080961

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Km 25 - Córrego Redondo - João Pessoa / PB - CEP: 51407-071
CNPJ: 06.915.000/0001-40 - Ins. Est. 18.015.229-9

Nota Fiscal / Contrato Energia Elétrica Nº 02.730.570
Cód. para Deb. Automática: 00011454048

[Redacted]

[Redacted]

Set / 2018 21/09/2018 23/10/2018 893.303,904-84

UC (Unidade Consumidora): 5/1145404-8

DATA	LATITUDE	DATA	LONGITUDE			
23/08/18	17408	21/09/18	17536	1	127	28
[Redacted]						
Tributação Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS						
0601 Consumo em kWh	127.500	0,819430	104,08	104,08	27	28,06
0601 Adic. B. Vermelha			9,27	9,27	27	2,50
						9,27
						0,07
						0,34

CCI Código de Classificação do item TOTAL 113,33 113,33 30,59 113,33 0,91 4,21

Média últimos meses (kWh) 153
VENCIMENTO 28/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 113,33

130	140	148	152	159	161	166	169	170	184	185	190
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVADO AO FISCAL
9946.5d6c.cf7c.e2a1.d812.aad1.ebac.9393.

Discriminação	Valor (R\$)	%
DESMENSA	8,18	2,37
DE TRIMESTRAL	12,30	
DE ANUAL	24,50	
DE MENSAL	3,61	1,00
DE TRIMESTRAL	7,14	
DE ANUAL	14,45	
DE TRIMESTRAL	3,63	2,37
DE ANUAL	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	26,32	23,23
Cargos de Energia	42,31	37,35
Serviço de Transmissão	3,84	3,40
Encargos Setoriais	1,49	1,31
Impostos Diretos e Encargos	55,71	49,11
Outros Serviços	5,00	4,41
Total	113,33	100,00

Valor de Emissão (R\$) 72201113,33

ATENÇÃO

Resolução Tarifária - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,41% Médio
Resolução Tarifária - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439-Alta Tensão 18,75% Médio

Faturas em atraso

12 NOV 2018
PROTOCOLADO
150 PESSOAS

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é substitutivo de nota

Validar para emissão e pagamento da nota fiscal de consumo e da energia elétrica Nº 012.746.077



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 216, Km 11 - Centro Industrial - João Pinheiro / PB - CEP 56071-400
CNPJ 06.962.825/0001-02 Insc. Est. 16.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

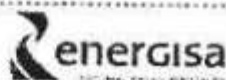
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 137 SALA 05
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	20/09/2018	192	27/09/2018	R\$ 178,94

Acesse: www.energisa.com.br



040 001 1 0004

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotativo: 12-005-252-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
27/09/2018	R\$ 178,94	1698358-2212-09-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Alexandre César Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.754-71
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Fernando M. dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 713.315.394-71 do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima
Jose Fernando M. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.315.394-71 conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

12 MAR. 2013
PROTOCOLADO

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

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

Endereço <u>Agente Fiscal Jose C. Duarte</u>		Número <u>257</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58096-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa de outubro de 2013
Local e Data

Alexandre César Duarte
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	11/01/99
NOME DA MÃE	JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.082.942
DATA DO ATENDIMENTO	18/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NO LÁBIO SUPERIOR
CID 10	S01.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência, com ferimento corto-contuso em lábio superior, torax e abdome sem alterações.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

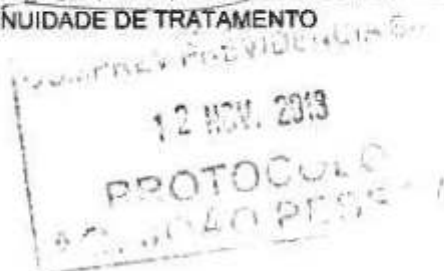
TRATAMENTO:

Sutura de ferimento.

ALTA HOSPITALAR:	18/05/18
DATA DA EMISSÃO:	24/07/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



CATH → NCR/B.M.F.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, an - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1082942



Identificação do paciente

ID 1290047	Nome JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 11/01/1999	Idade 19 anos 4 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai JOSE INACIO DOS SANTOS	Responsável (Parentesco) JANIRA MARIA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991355406	DDD Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR

Endereço

CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro SILVINO BEZERRA DE LIMA
Número 110	Complemento	Bairro MATA REDONDA	

Admissão

Data e Hora 18/05/2018 12:52:07	Número da pulseira 1000005988578	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

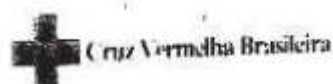
Dados clínicos

Acidente de trânsito, vítima de acidente com motocicleta. Lesões múltiplas, com fraturas de membros superiores e inferiores, com lesões de pele e de tecidos moles. Lesões de cabeça e pescoço, com fratura de base de crânio e lesões de coluna cervical. Lesões de tórax, com fratura de costela e lesões de pulmão. Lesões de abdome, com lesões de fígado e de baço. Lesões de pelve, com fratura de bacia e lesões de fêmur. Lesões de membros inferiores, com fratura de tíbia e fíbula e lesões de pé. Lesões de cabeça e pescoço, com fratura de base de crânio e lesões de coluna cervical. Lesões de tórax, com fratura de costela e lesões de pulmão. Lesões de abdome, com lesões de fígado e de baço. Lesões de pelve, com fratura de bacia e lesões de fêmur. Lesões de membros inferiores, com fratura de tíbia e fíbula e lesões de pé.

Diagnóstico	CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	Tempo 03min 33seg

Imprimir

Dr. Larissa Soares de Lima
Cirurgia Geral - FIC 123456



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS	BAE 1082942	Data/Hora Entrada 18/05/2018 12:52:07	Data Baixa
Data de nascimento 11/01/1999	Idade 19a 4m 7d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991355406
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS		CNS	Prontuário
Endereço SILVINO BEZERRA DE LIMA, 110	Bairro MATA REDONDA	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2018 12:55:46		Data/Hora Prescrição 18/05/2018 13:10:58	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM PERDA MOMENTÂNEA DA CONSCIÊNCIA (NÃO SE RECORDA DO ACIDENTE); APRESENTA FERIMENTO NO LÁBIO SUPERIOR.
EXAME FÍSICO DO TÓRAX E ABDÔMEN SEM ANORMALIDADES.

CONDUTA:

1. TC DE CRÂNIO;
2. PARECER DA NCR/B.M.F.;
3. ALTA DA CIRURGIA GERAL

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

LEONARDO SOARES DE LIMA
(: 2170/PB)

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS		BAE	1082842	Data/Hora Entrada	18/05/2018 12:52:07	Data Baixa
Data de nascimento	11/01/1999	Idade	19a 4m 7d	Sexo	Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991355406
Mãe	JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS						Prontuário
Endereço	SILVINO BEZERRA DE LIMA, 110		Bairro	MATA REDONDA	Município	ALHANDRA	UF PB
Acidente	VEICULO X MOTO		Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional	RUI MEDEIROS JUNIOR
Data/Hora Classificação	18/05/2018 12:55:46				Data/Hora Prescrição	18/05/2018 14:54:11	
						Nº Cons. Regional	5518/PB

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM USAR CAPACETE COM HISTÓRICO DE DESMAIO, NEGA VÔMITO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE (SIC). AFIRMA VACINAÇÃO ATUALIZADA.

NO MOMENTO EM BEG. LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL, EM MACA.

AO EXAME FÍSICO EDEMA + EQUIMOSE PERIORBITÁRIO (E), EDEMA + FCC EM MUCOSA DE LÁBIO SUPERIOR, ACUIDADE VISUAL + MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, OCLUSÃO MANTIDA.

TC: NÃO OBSERVA-SE SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD: 1- SUTURA 2-ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÃO PARA CASA 3- ALTA BMF 4- AOS CUIDADOS DA NCR

CID10

Código	Descrição
S01.5	Ferimento do lábio e da cavidade oral
S01.5	Ferimento do lábio e da cavidade oral

Conduta

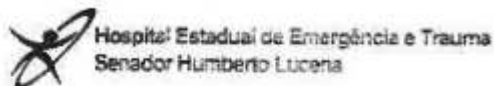
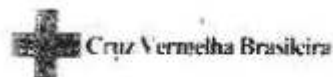
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

RUI MEDEIROS JUNIOR
(: 5518/PB)

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena
18/05/2018 14:54:11

12 MAR 2018
PROTOCOLADO

**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS		BAE 1082942	Data/Hora Entrada 18/05/2018 12:52:07	Data Baixa 2018-05-18 16:40:33.0
Data de nascimento 11/01/1999	Idade 19a 4m 7d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991355406
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS				Prontuário
Endereço SILVINO BEZERRA DE LIMA, 110		Bairro MATA REDONDA	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	Nº Cons. Regional 7650/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2018 12:55:46			Data/Hora Prescrição 18/05/2018 16:40:37	

Anamnese

#NCR

#ACIDENTE MOTOCICLISTICO

#GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS APARENTES

#TCC SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO TCE

#NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

#CD: ALTA NCR

Conduta

Alta médica

Alta HospitalarUsuário
GUSTAVO VICTOR NEVES PORTOData e Hora
18/05/2018 16:40:33Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Observações

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

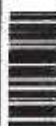
GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
(CRM: 7650/PB)



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 18/05/18 13:11
Usuário: LEONARDO

Bolém 1082942



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS	Data de	11/01/1999	Idade	19a 4m 7d	Sexo	MASCULINO	Nº	1082942	Nº Prontuário		Data Prescrição	18/05/2018 13:10:58
Motivo do Atendimento				Enfermagem / Leito				Validade da Prescrição	18/05/2018 13:11:00 - 19/05/2018 13:11:00				
Convênio				Matrícula				Senha					
SUS													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIETA ZERO	0.0			NENHUMA			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO /FRASCO	500.0	ML		E.V.		AGORA	

18 de Maio de 2018

LEONARDO SOARES DE LIMA

CRM: 2170

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dr. Leonardo Soares de Lima
CRM: 2170

PROTÓCOLO
12 NOV. 2013
PREVIDENCIA S/A



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831319605

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data Exame: 18/05/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

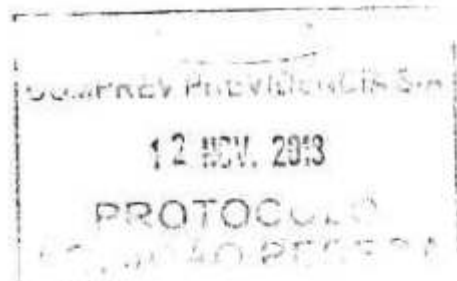
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hematoma subgaleal na região frontal e periorbitaria esquerda.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 19/05/2018 13:43.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831329406

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

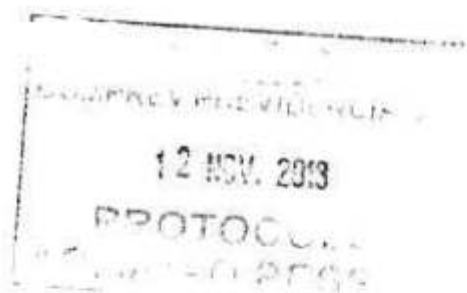
Data Exame: 23/05/2018

RADIOGRAFIA CLAVÍCULA ESQUERDA

Fratura do terço médio da clavícula a esquerda.

Demais estruturas ósseas íntegras

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 23/05/2018 12:03 .

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831329406

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data Exame: 23/05/2018

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

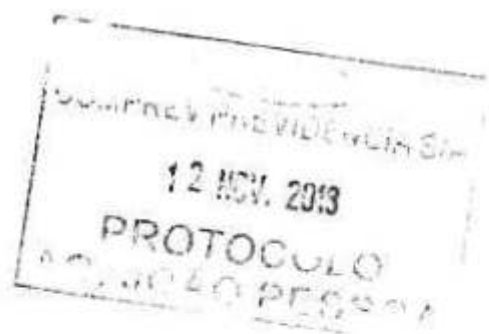
Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca de configuração anatômica normal.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 23/05/2018 12:04.

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P-024



JOSÉ FERNANDO M. DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.427.813 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/2016

NOME JOSÉ FERNANDO MERCES DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ INÁCIO DOS SANTOS
JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/01/1999

DOC ORIGEM NASC.N.15129 FLS.218 LIV.A15

CRT CARTORIO ALHANDRA-PB

CPF 713.315.394-71

LEI Nº 11.689/2008

Nome Civil e Último

12 NOV. 2013

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

FOTO

DOC. IDENTIFIC. - OUT. BRASIL
 2427718 **SEX** F **TO**

CIV 048.502.754-74 **DATA DO NASCIMENTO** 21/08/1982

NOME
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PROFISSÃO **AGE** **ESTADO** B

Nº IDENTIFIC. 01851249660 **VALIDADE** 16/01/2013 **VALIDADE** 29/06/2001

ASSINATURA
 Alexandra Cesar Duarte
 SECRETARIA DE ESTADO

LOCAL JOAO PESSOA, PB **DATA** 17/01/2014

Assinatura **66388356744**
39027919595

DETRAN - PB (PARAIBA)

**VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS**
894056231

PROBANDO PLASTIFICAR
894056231

12 NOV. 2013
 PROTOCOLO
 00040 PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533310 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: HEMATOMA SUBGALEAL.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM LÁBIO SUPERIOR.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Fernando Mercus dos Santos,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
mecânico, CI RG nº 4.427.813,
CPF/MF nº 713.315.394-71, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Prestada S/N. casa - Mata Redonda,
Cidade de Alhandra, Estado
Paraíba, CEP: 58320000, telefone
99105-5363, 98663-4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Alhandra/PB, 01 de outubro

de 20 18.

JOSE FERNANDO MERCUS DOS SANTOS

CARTÓRIO DE
MATA REDONDA

OUTORGANTE

CARTÓRIO RCPN DE MATA REDONDA
Rua Fco José da Costa, S/N. Mata Redonda, Alhandra - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE FERNANDO MERCUS DOS SANTOS
Dou fe. Alhandra/PB - 01/10/2018
Substitua: Luanna Ferreira Mendes Lira
Selo Digital: AGW80127-NE9Q
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,10 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,00 FEPJ R\$ 2,27

Luanna Ferreira Mendes Lira

