



15/01/2021

Número: **0812111-17.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **04/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.293,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDIVAN BATISTA BRITO (AUTOR)		YURE PEREIRA GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38437961	15/01/2021 15:29	2775205_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIVAN BATISTA BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000186237-1

Nr. da Autenticação 6E0280D33EBFDA41



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIVAN BATISTA BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000186237-1

Nr. da Autenticação BB768E195B29DD1F



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180470667

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDIVAN BATISTA BRITO

Data do acidente: 17/09/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES COM 20 CM DE EXTENSÃO DESDE A REGIÃO PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA ATÉ TERÇO MÉDIO DISTAL DA TÍBIA, DESALINHAMENTO DO ÂNGULO DO JOELHO EM VARO DE 15°, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ESQUERDA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA CANADENSE. AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA A CUSTA DE CALO ÓSSEO EXUBERANTE, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 10°.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA MAIS FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO EM TÍBIA ESQUERDA POR 7 MESES E USO DE TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA EM HEMI J PARA FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDO A NOVO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DO FIXADOR E FIXAÇÃO DE FRATURA DEVIDO A COMPLICAÇÃO DE PSEUDOARTROSE COM USO DE PLACA DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 03/07/2018, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: adequamos o percentual de indenização ao descrito pelo examinador. "PI" pago anteriormente (Líder): 6,25% (conduta mantida para o ombro).
O "PI" ora estabelecido é complementar (17,5%) e refere-se ao dano funcional descrito em MIE.
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180470667

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDIVAN BATISTA BRITO

Data do acidente: 17/09/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA,
FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TÍBIA - LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA, FIXADOR, PLACA E PARAFUSOS). PARA AS
DEMAIS LESÕES TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDA, CONFORME PERÍCIA MÉDICA
REALIZADA EM 06/12/2018.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 06/12/2018: "Adequamos o percentual de indenização ao descrito pelo
examinador. "PI" pago anteriormente
(Líder): 6,25% (conduta mantida para o ombro).
O "PI" ora estabelecido é complementar (17,5%) e refere-se ao dano funcional descrito em MIE.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA
EM LEI VIGENTE.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 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 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

Nome completo da vítima

706.079.634-22

Waldivan Batista Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Waldivan Batista Brito	706.079.634-22	recusou
Endereço	Número	Complemento
Stio Pau Branco	3/N	
Bairro	Cidade	Estado
Area Rural	São José do Bonfim	Paraíba
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58725-000	(83) 9.9382-8362

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☒ CADA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
043		186237	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Patos-PB, 04 de outubro de 2018

05 OUT. 2018

Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Waldivan Batista Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAISDF 10/14 10/01/2017



ASL-0367415/18

dayene.lobato

14/12/2020 18:26:44



16 JAN. 2019

ASL-0367415/18

dayene.lobato

14/12/2020 18:26:44

Dr. Stênio Guy Wanderley de Araújo

ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA

LADO ORTOPEDIA

03 JAN. 2019

ATENDI VALDIVIA BATISTA GOMES, 34 ANOS, FEM.
ACIDENTADA COM MOTO EM DIA 17.07.2018 QUANDO
SOFRU FRATURA EXPÔSTA DO OMBRO DA DIREITA, E
FRATURA DE CLAVÍCULA, APÓS 14 MESES DE TRAT-
AMENTO (INCLUINDO 2 CIRURGIAS NO MEMBRO
LESIONADO) OBSERVA-SE: ATROFIA MUSCULAR DO
M. DELTOIDEU (LAD. M. 225), DIFERENÇA DE COMPRIMEN-
TO DOS MEMBROS (LAD. M. 227), RIGID. DE FLEXÃO
DO JOELHO HOMOLATERAL (M. 254), RESIDUO DE
INFLAMAÇÃO COM ATROFIA DA FLEX. MUSCUL-
AR (LAD. M. 227). SÃO LESÕES IRREVERSÍVEIS
QUE APENAS DO FISIOTERAPIA (30 SESSÕES)
O REMETIDO FOI DEFEITUOSO.

Stênio Guy W. Araújo

CRM 13257 CBO 223146

Ortopedia/Traumatologia

Atendimento 100%

Tels.: (83) 3421-2857

9 8836-0812

Rua Bossuet Wanderley, 433

Centro - Patos-PB.

ASL-0367415/18

dayene.lobato

14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18

dayene.lobato

14/12/2020 18:26:44



CARTA A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

Patos/PB,

15 de janeiro de 2019.

Sis-DPVAT: 3180470667

INVALIDEZ

VÍTIMA: VALDIVAN BATISTA BRITO

CPF: 706.079.614-22

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP Nº 332 DE 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação), Eu, Gustavo Melo Gonçalves, brasileiro, solteiro, portador do CPF: 629.732.153-15, podendo ser localizado na Rua Santa Luzia, bairro Belo Horizonte, Patos/PB, bem como ser contatado pelo telefone (83) 99382-8362 e/ou endereço eletrônico maysagustavodpvat@gmail.com, atuando como bom e fiel procurador do beneficiário:

VALDIVAN BATISTA BRITO, PORTADOR DO CPF: 706.079.614-22.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, o encaminhamento da vítima acima identificada a perícia, tendo em vista que ficou devidamente comprovada, através de laudo médico encaminhado a essa seguradora que o mesmo carrega sequelas em decorrência do sinistro ora pleiteado, e, no sentido de que faça justiça, solicitamos ao menos que o mesmo seja encaminhado ao setor de perícia com a maior brevidade possível para que possa ser de forma legal atestado suas sequelas, as quais foram documentalmente provadas através do já mencionado laudo, por isso, ratificamos nosso pedido com respaldo no art. 5º da lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito a qual se faz jus. O documento segue assinado por mim, Gustavo Melo Gonçalves (procurador). O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido agradeço antecipadamente,



VALDIVAN BATISTA BRITO

CPF: 706.079.614-22

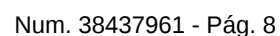


GUSTAVO MELO GONÇALVES

CPF: 629.732.153-15

Procurador







GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISICAO DE PARECER

NOME: Valdeir Zolito
DA CLÍNICA Cirurgia ENFERMARIA 95
A CLÍNICA cardiologia LEITO 06

MOTIVO DA CONSULTA:

ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OBTENÇÃO
E NÚMERO DO PRINCIPAL SINTOMA DO CONDIÇÃO

DATA: 31/08/14

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTADO

PARECER:

Paciente com queixas de dor no
peito, cansaço, falta
de ar, 110 x 70 mmHg
ECG = Normal
Risco Clínico = Baixo Risco

07 NOV 2016

12/09/12

DATA

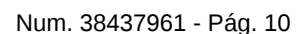
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. M. de F. Franco
Médico Especialista em Cardiologia

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44







GOVERNO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CA FINEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome	Joaquim Gomes Neto		Nº port. ali.	100591
Data da Cirurgia	14/05/18	Enf.	Leito	
Cirurgião	R. T. Sousa	1º Auxiliar	H. W. Costa	
Anestesiologista	D. Cruz	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fim da Tumor (C)			
Tipo de Cirurgia	Linfoma B-CLL, recidiva, primeira vez + linfoma extracavitário (C) (controle de massa)			
Diagnóstico Pós-Operatório	DM 1500			
Resumo (mediante a Patologia)				
Exame Radiológico no Ato				
Acontece Durante a Cirurgia	Caf. 600 mg. Inibente			

07 NOV. 2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Liposução - Derivação - Sutura - Material Empregado - Aspectos de Interesse

- 1. Port. em 103 cm de distância
- 2. Linfoma + linfoma extracavitário
- 3. Linfoma + linfoma extracavitário
- 4. Linfoma + linfoma extracavitário
- 5. Linfoma + linfoma extracavitário
- 6. Linfoma + linfoma extracavitário

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, SN
PATOS PARAIBA (53)3423-2741

Prontuário: 100291 Data/Hora: 17/9/2017 08:49:28
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Servidor do Dr.:
Paciente: VALDIVAN BATISTA BRITO Idade: 18 Sexo: M

Plano
Pac: JOAO BATISTA DOS SANTOS
Mãe: MARIA DAS GRACAS BRITO

Endereço
Cidade: SAO JOSE DO BONFIM - PB - 58725-000 - 2514602 N:
Estrada: SÍTIO PAU D'ARCO
Bairro: ZONA RURAL
Município: SAO JOSE DO BONFIM - PB
UF: PB CEP: 58725-000

Documentos
RG: 705-0005-6841-3457
Identificação: 419405 SSP-PB
CPF: 110.110.110-11
Tipo: Nasc.

Informações pessoais
Data de nascimento: 02/10/98
Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ESTUDANTE

Responsável
ANAMINESE (história da doença atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)
Último acidente de trânsito

EXAMES COMPLEMENTARES: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)
Doença e exame independente + Deformidades
Roxo

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)
Rx
Roxo

Diagnóstico
Motivo da Atual:
Resultado: () Sem Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em: 22/07/17
Responsável: ISRAEL

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NUNES, S/N
PATOS PARAIBA (63)3423-2741

Atendimento: 014
Pronto: 25
Cód. Intern. 31279
Data/Hora: 26/9/2018 08:57:03

Prontuário: 100591
Ocorrência: DOR NA PERNA
Classif. Risco: VERDE
Origem: PRÓPRIA RESIDÊNCIA
Transporte: TRANSPORTE PAGO
Reg. N. Epi. N.

Servidor do Dr.:
Paciente: VALDIVAN BATISTA BRITO
Idade: 19 Gênero: HOMEN C15

Filiação I: MARIA DAS GRACAS BRITO
Filiação II: JOAO BATISTA DOS SANTOS

Endereço:
Cidade: SAO JOSE DO BONFIM - PB - 58725-000 - 2514602
Endereço: SÍTIO PAU DARCO
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: SAO JOSE DO BONFIM - PB
Fone: (63)91113-2147

Documentos:
CNS: 795-0000-6941-8457
Identidade: 4190406 3329PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:
Nascimento: 4/2/1999
Cor: PARÇA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: *Valdivan Batista Brito*
ANAMNESE: História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)
Uti no 05 em causa de lesão (trauma)
09/09/2018

EXAMES OBJETIVOS: (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos apêndices)
Dor + limitação funcional Perna (E)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)

Diagnóstico: *Perna doente (E)* CID: _____

DADOS DA SAÍDA
Data: 01/10/2018 Hora: _____ H _____ Min
Motivo: () Alta Curada (X) Alta Melhorada () Alta a pedido () Transfêrencia () Evasão () Óbito
Médico/CRM: _____
Ortografia: _____
Assinatura: _____
Data: _____

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO



RELATORIO DE CIRURGIA

Nome:	Vitoriano R. M. A.	Nº prontuário	
Data da Cirurgia	05/07/18	Esf.	Leito
Cirurgião	m. p. a.	1º Auxiliar	Dr. Paulo
Anestesiista	Dr. F. A.	Tipo de Anestesia	Endo
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura do fêmur		
Tipo de Cirurgia	(Preencher)		
Diagnóstico Pós-Operatório	H. comp.		
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
1) Punção - 5 cm
2) Incisão - 5 cm
3) Punção - 5 cm
4) Incisão - 5 cm
5) Incisão - 5 cm

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDIRY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



REQUISIÇÃO DE PARECER

União

NOME: <u>João Vitor Brito Brito</u>	
DA CLÍNICA <u>Orto Par</u>	ENFERMARIA <u>10</u>
A CLÍNICA <u>Cirurgia Vascular</u>	LEITO <u>10</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Edema + limbo + fístula MS @, A908</u> <u>Procedimento: Prolapexia de fístula</u> <u>05/07/19</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Recomendado a cirurgia, no 11.35 na</u> <u>manhã, a menor intervenção que se</u> <u>possa, com Vaseletor, pois há fístula</u> <u>de fístula e de dois entroncos a serem</u> <u>tratados.</u> <u>Rafael Medeiros</u> <u>CRM 90311-5</u>	
08:30h - Médico que deu a alta hospitalar está ciente, deste parecer, e não possui	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44





CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2018 constatei a Ocorrência Policial nº **017/2018** cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos três dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezoito nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. **WENDER GOMES BORGES DE ARAÚJO**, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 09h40min compareceu: **VALDIVAN BATISTA BRITO**, brasileiro, nascido aos 04/02/1999, solteiro, agricultor, natural de São José do Bonfim/PB, filho de João Batista dos Santos e de Maria das Graças Brito, residente no Sítio Pau Darco, zona rural – São José do Bonfim-PB. Para informar a seguinte ocorrência: QUE na data de 17/09/2017 por volta das 07h30min, conduzia a motocicleta Honda CG 125 Fan, cor preta, placa NPW0286/PB, ano de fabricação e modelo 2009, chassi 9C2JC41109R072217, licenciada em nome de Valdeci Batista Brito, quando na entrada da cidade de Mãe D'Água/PB, foi atingido por outra motocicleta que trafegava na contra mão; QUE com o impacto o noticiante foi lançado no calçamento e perdeu os sentidos, só os recobrando quando já se encontrava no Hospital Regional de Patos/PB; QUE sofreu fratura exposta na perna esquerda e fratura na clavícula esquerda; QUE não sabe informar quem colidiu com o noticiante em virtude do condutor da outra motocicleta ter fugido do local sem prestar socorro ao noticiante. E nada mais foi registrado. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).-

Mãe D'Água-PB, 03 de outubro de 2018.

NOTICIANTE:

Valdivan Batista Brito

JANDUILMA GUEDES DE F. RODRIGUES

Escrivã de Polícia Civil

Mat. 139.419-3

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018



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 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 Gustavo Melo Gonçalves inscrito (a) no CPF/CNPJ 629.732.153/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Saldivan Batista Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.079.614/22, do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da vítima Saldivan Batista Brito, inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.079.614/22, 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 a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Santa Luzia</u>		Número <u>5/N</u>	Complemento <u>Box 05</u>
Bairro <u>Belo Horizonte</u>	Cidade <u>Ratos</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58704-250</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(83)9.9382-8362</u>	Telefone celular(DDD) <u>(83)9.9611-2684</u>

Ratos - PB, 04 de Outubro de 2018
Local e Data

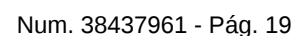
DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

GUSTAVO MELO GONCALVES
Assinatura do Declarante



23 OCT. 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALDECI BATISTA BRITO
RG nº 3.988.518, data de expedição 30/08/2017
Órgão SSP, portador do CPF nº 301.020.604.01, com
domicílio na cidade de SÃO JOSE DO BONFIM, no Estado de
PARAÍBA, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
SIT. PAU D'ARCO, S/N, AREA RURAL, nº S/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima VALDIVAN BATISTA BRITO, cujo o condutor era
VALDIVAN BATISTA BRITO.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Ano: 2009
Placa: NPW 0286/PB
Chassi: 9C2FC41109R072217
Data do Acidente: 17.09.2017
Local e Data: PATO/PB 02.10.2018

Valdeci Batista Brito
Assinatura do Declarante

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

Reconheço por AUTENTICIDADE(S) a firma(s) de

VALDECI BATISTA BRITO

Em atesto da verdade, _____ dou fé

São José do Bonfim-PB 02/10/2018

Afonso Medeiros da Silva
Tabelião

Selo Digital: AG036327-5 TNI
Consulte autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

05 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:48

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L A C R E	DETRAN - PB		Nº 012896415213	
	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
	VIA	COD. RENAVAM	PRT	2017000005930006
	1-0015247765-9		00/00000000	2017
0 0 4 0 7 8 3 4 0 5	NOME			
	VALDECI BAPTISTA BRITO			
	CPF / CNPJ	PLACA		
	70102060401	NPW0286/PB		
	PLACA ANT. / UF	CHASSI		
	NOVO	PB	9G2JC41109R072217	
	ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
	PIS / MOTOCICLE / NAO APLIC	GASOLINA		
	MARCA / MODELO	ANO FAB. / ANO MOD.		
	HONDA / CG 125 FAN KS	2009 / 2009		
	CAP. POT. / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
	2 P/124 / CIL	PARTIC	PRETA	
I P V A	COTA ÚNICA	VENG. COTA ÚNICA	VEIC. / COTAS	
		00/00/0000	1ª	
	Faixa Livre	PAR. PLAMENTO / COTAS	2ª	
			3ª	
PRÊMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO				
***** 0 *****				
***** SEGURO P A G O 22/02/2017				
RESERVAS				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO				
NOME DO PROPRIETÁRIO				
SAO JOSE DO BONFIM-PB				
DATA				
24/02/2017				
14303				
3885				

05 OUT. 2018
ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:48



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Saldivan Batista Brito

CPF da Vítima

706.079.614-22

Data do Acidente

17.09.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Dedaro, 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.

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

Patos - PB, 04 de Outubro de 2018

Local e Data

Saldivan Batista Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

SUS: 14/12/2020 08:27:56

CRM: 309.475 CNPJ: 06.776.208/00.078
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUIN CARVALHO
 ENDREÇO: RUA MORACIO NOBREGA, S/N
 CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
 Paciente: VALDIVAN BATISTA BRITO
 Mãe: MARIA DAS GRACAS BRITO
 Idade: 18 Sexo: M
 Profissão: ESTUDANTE
 Endereço: SÍTIO PÁU BARCO
 Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: SÃO JOSE DO BONFIM - PB - 58125-000
 CEP: 705-0000-6641-6457
 CPF: 17802017-00-13-16
 Data de Nasc: 17/02/17 00:13:16

Caráter do Atendimento: **EM ELETRONICO**
 CID-10: **D31.01**

Medicação: ☐ PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ RESCÊNCIA ☐ INTERFERÊNCIA
☐ 2 APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ OUTRO

Serviços Realizados: **136**

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 15:29:01

23 OUT. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: VALDIVAN BATISTA BRITO, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, profissão RECEPCION, CI RG nº
4.190.405, CPF/MF nº 706.079.614-22, residente e domiciliado(a)
à Rua ST. PAU D'ARCO, S/N, AREA RURAL, Cidade de
SÃO JOSÉ DO BONFIM, Estado PARAÍBA, CEP:
59725-000, telefone (83)9.9611.2684, (83)9.9382.8362.

OUTORGADO: GUSTAVO HCG GONCALVES,
CNPJ/CPF 629.732.153-15
sob o n.º 200.300.20/9847, com endereço profissional à
RUA SANTA LUZIA, BOX 05, BEL HORIZONTE, na cidade de
PATOS, Estado do PARAÍBA.

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

Reconheço por AUTENTICIDADE(S) a firma(s) de

VALDIVAN BATISTA BRITO.

— / — / — dou fé

Em atesto da verdade.

São José do Bonfim-PB 05/10/2018

Afonso Medeiros da Silva
Tabelião

Selo Digital: AG036326-LXGR

Consulte autenticidade em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Patos. PB, 01 de Outubro de 20 18.

DOCUMENTO ORIGINAL

VALDIVAN BATISTA BRITO
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Saldivan Batista Brito,

RG nº 4.190.405, data de expedição 17/09/2013 Órgão SSP,

CPF nº 706.079.614-22, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Pau Branco</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>São José do Bonfim</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58725-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)9.9382-8362 / (83)9.9611-2684</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ratos - PB 04.10.2018

Assinatura do Declarante: Saldivan Batista Brito

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gustavo Melo Gonçalves,

RG nº 30300049847, data de expedição 21/01/2003 Órgão SSP,

CPF nº 629.732.353-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santa Luzia</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>Box 05</u>
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Ratos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58704-250</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9382-8362 / (83) 9.9641-2684</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ratos - PB 04.10.2018

Assinatura do Declarante: GUSTAVO MELO GONÇALVES

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018



ANGELMO QUEIROZ VILAR
RUA SANTA LÚZIA, 501 - BOLO HORIZONTE
PAT. 09/18 CEP: 13704-550 (AQ 119)
Emissão: 21/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Grupo: COMERCIAL/COMERCIAL MONOFÁSICO
Potência: 13 - 118 - 5320 NF medidor: 00001235430

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 25 - Crato Rodovia - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CNPJ/IS-056 150-0001-40 Insc. Est. 18.016.920-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 12.738.671
Cód. para Dth. Automático: 0001235430

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018 21/09/2018 23/10/2018 371.834.697-72
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1268637-4

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 21/08/18	Data 21/09/18			
Leitura 10184	Leitura 10182			
Demonstrativo				
Quantidade Valor Valor Base Valor Base Valor Base Valor Base Valor Base				
Custo de Distribuição				
080	080	080	080	080
090	090	090	090	090
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
080	080	080	080	080
090	090	090	090	090

CDI Cálculo de Criação de Débito TOTAL 26,31 26,31 4,26 23,05 0,19 0,87

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 28/09/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 26,31

Histórico de Consumo (kWh)											
55	259	196	82	101	72	163	183	183	187	133	12
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

93e9.5610.0868.4d4b.1baf.8ab0.f940.8e9f.

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Páris			Valor		%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	(V)	(V)	
DC-MENSAL	4,20	NORMAL	5,39	22,32	100,00
DC-TRIMESTRAL	4,20		10,01	37,38	
DC-ANUAL	1,00	CONTRATADA	0,83	3,41	100,00
FC-MENSAL	4,20		3,42	3,39	
FC-TRIMESTRAL	4,20	LIMITE INFERIOR	0,45	31,54	100,00
FC-ANUAL	4,20		0,00	0,00	
DMC	4,20	LIMITE SUPERIOR	0,00	0,00	100,00
DCN	4,20		0,00	0,00	

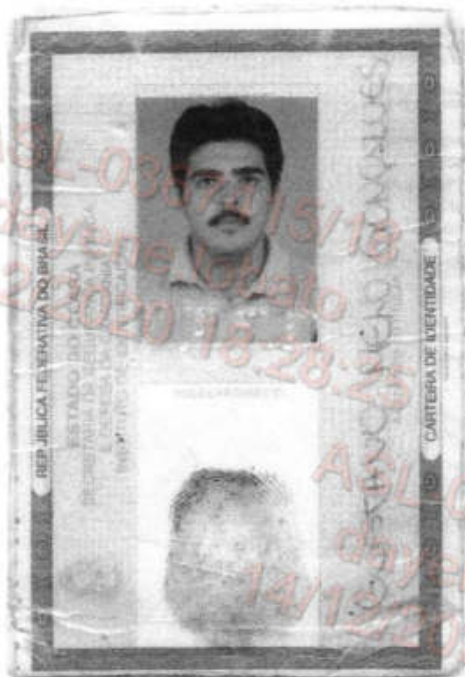
ATENÇÃO
- AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a reavaliação, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Para obter Tarifário Anualizado 2018/18-Res. ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,41% Médio
Para obter Tarifário Anualizado 2018/18-Res. ANEEL nº 2.439-Alta Tensão 18,75% Médio
- Lançamento em atraso

PARABÁ VENCIMENTO 28/09/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 26,31

Rubrica: 13 - 118 - 5320 Matrícula: 1268637-2018-09-5 83630000000-4 26310054000-8 12686372018-4 09500118019-9



05 OUT. 2018



ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25



ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25



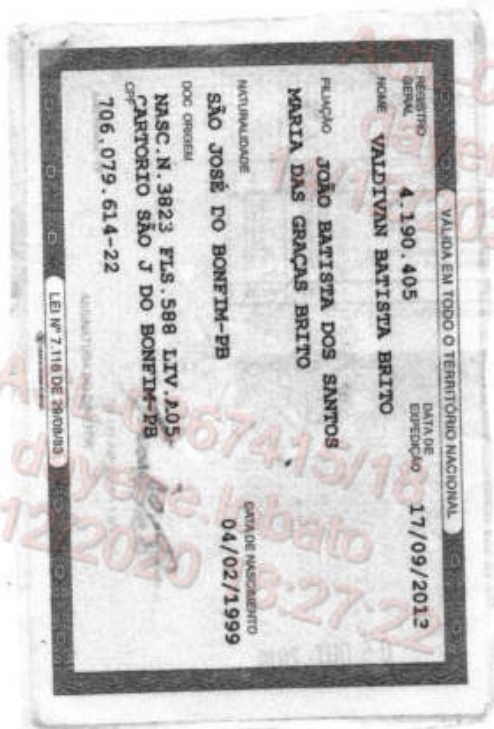


ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22



ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIVAN BATISTA BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000186237-1

Nr. da Autenticação 6E0280D33EBFDA41

