



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2016

Carta nº: 8775504

A/C: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Sinistro: 3160154271
Vitima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 09 de Março de 2016

Carta nº: 8821641

A/C: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Sinistro: 3160154271
Vítima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 29 de Março de 2016

Carta nº: 8929537

A/C: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Sinistro: 3160154271 ASL-0112234/16
Vítima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001026

Conta: 0000016168-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA** Sinistro: **3160154271** Data: **01/01/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **PROJETADA, S/N - AÇUDE - Juru - PB - CEP 58750-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3211684**

Data local do exame: [**14/03/2016**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de rádio esquerdo e luxação de ulna esquerda. . A vítima refere dor no antebraço esquerdo. Apresenta diminuição da força muscular no referido antebraço , edema no local fraturado e limitação da flexão do punho.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V*), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*)

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese do rádio com placas e parafusos. No punho esquerdo redução de luxação em ulna esquerda e fixação com pino. Evoluiu com limitação funcional no MSE. Encontra-se em alta do tratamento.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160154271

Cidade: Juru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Data do acidente: 01/01/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 50%

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160154271

Cidade: Juru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Data do acidente: 01/01/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio esquerdo e luxação de ulna esquerda.

Descrição do exame médico pericial: A vítima refere dor no antebraço esquerdo. Apresenta diminuição da força muscular no referido antebraço, edema no local fraturado e limitação da flexão do punho.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese do rádio com placas e parafusos. No punho esquerdo redução de luxação em ulna esquerda e fixação com pino. Evoluiu com limitação funcional no MSE. Encontra-se em alta do tratamento.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR


ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



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, Marcelo Batista Ramalho de Lima

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.211.684 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 22/10/2013 E

CPF 08394450407 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO M. inf. em me E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

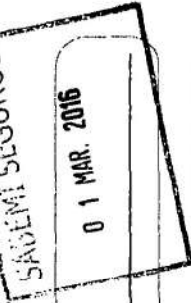
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A. M. J. M. A., AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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 SISPVPAT 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, coligidos escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com **informações** de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL) 1068-0

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1060 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1068-0

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.

Sum. PB, 21 de 01 de 2016

LOCAL E DATA

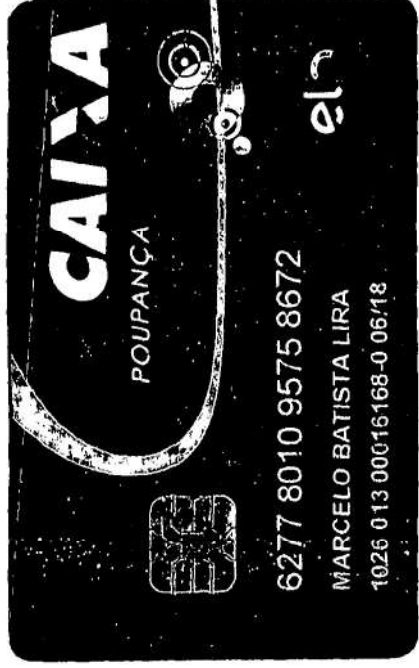
Marcelo Batista Ramalho de Lima

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

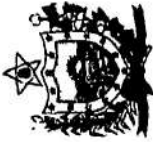


ATENÇÃO

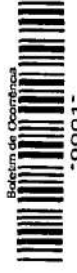
- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas 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.dpvatsegurotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SABEMI SEGUROS
01 MAR. 2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. E DA DEFESA SOCIAL
16ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE ÁGUA BRANCA/PB



Boletim de Ocorrência

0001

BOLETIM DE OCORRENCIA

CERTIFICO, em razão do meu officio e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 02/2016, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 11 dias do mês Janeiro de 2016, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o BEL. EDMILSON DOS SANTOS AIRES NETO, por volta das 09h26min, compareceu o senhor: Marcelo Batista Ramalho de Lira, brasileiro, agricultor, alfabetizado, com 27 anos, nascido aos 07/02/1989, Juru/PB, filho do Senhor José Ferreira de Lira e da Senhora Luiza Batista Ramalho de Lira, residente na Rua Rui Torres Ramos, S/Nº, Bairro Açúde, Juru/PB, RG 3211684-2ª Via, CPF Nº 083944504-07. Notificando que: afirma que no dia 01/01/2016, por volta das 02h00min, conduzia uma moto nas proximidades de Tavares, quando dois jumentos apareceram de repente na pista, que tentou desviar, mas que não conseguiu, que acertou em um dos animais e que logo depois caiu e o braço estava quebrado e com escoriações pelo corpo, que foi socorrido por terceiros sendo conduzido para o Hospital de Princesa Isabel, que foi feito os primeiros atendimentos e encaminhado para o Hospital Regional de Patos, que estava consciente, que não havia tomado bebida alcoólica, que conduzia um a moto Honda/NXR 125 BROS ES ANO FAB/MOD 2003/2004 DECOR BRANCA, PLACA KKZ 5373, CHASSI Nº 9C2JD20204R015728, EM NOME de DANIEL RAMALHO DE LYRA.

Era o que continha o teor da presente ocorrência. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

NOTIFICANTE: *Marcelo Batista Ramalho de Lira*

SABEMI SEGUROS

01 MAR. 2016

Juru/PB, 12 de Janeiro de 2016.

Ciro Ferraz Pereira.

Mat. 162.412-1



ALDO XAVIER
OFÍCIO DE PROTESTOS
OFÍCIO DE NOTARIAS DE TITULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS
Ivanildo Xavier Casar Titular
Arlene Moura Xavier Duarte Suplente



Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que me apresentou. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 16/02/2016 10:49:00
Djalma de Sousa Santos - Tabelião Substituto
[2016-003124] EMBL:R# 2,12 FAPER:R# 0,25 FEFVIR:R# 0,25
SELO DIGITAL: ACWZ390-F509
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Marcelo Batista Ramalho de Lima portador da carteira de identidade nº 3.211.684 e inscrito no CPF/MF sob o nº 083.944.504-07 residente e domiciliado na Rua Projéctada s/n - Açude cidade Juru Estado Paraíba, 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:

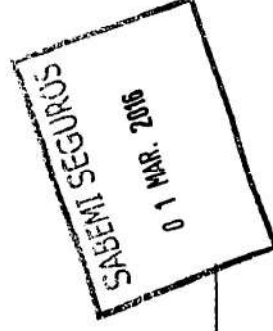
- (x) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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.

Marcelo Batista Ramalho de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Juru - PB; 21/01/2016

Local e data

A-D.



SAÚDE SEGURA

10 MAR 2010



JURU-PB
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE ISaura PIRES DO CARMO

HOSPITAL MUNICIPAL DE JURU - PB

Av. Dalmo Teixeira, 386 - Centro - Juru - PB
CNES: 2321572 - CNPJ: 08.888.950/0001-06

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DT/ATENDIMENTO: 01/10/10 TURNO: _____ FOLHA: _____

PACIENTE

NOME: Marcilio Batista Ramalho de Lima
 SEXO: M DT NASCIMENTO: 07/10/1989 IDADE: 26 RG: 3231684
 PROFISSÃO: Agricultor CPF: 083.999.509.07
 ENDEREÇO: Rua: Ruy Tames Ramos
 CIDADE: Juru UF: PB CNS: 700401483189040

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. CALESTRO - 100
 2. PLAQUINOL
 3. _____
 4. STURZLITZCO

RAÇA / COR

1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - PARDA
 4 - AMARELA 5 - INDÍGENA 6 - SEM INFORMAÇÃO

CARÁTER DO ATENDIMENTO

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

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

RE QUEIXAS DE ACIDENTE
DE MANO ATERGIDA
FRATURAS
PLAQUINOL
U.R.S. FENOS
RX - FRATURAS

DIAGNÓSTICO

FRATURAS CID-10 S80

MEDICAÇÃO

PRESCRITA
 APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO RESIDÊNCIA
 INTERNAMENTO OUTRO HOSPITAL
 ÓBITO OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

1- _____
 2- _____
 3- _____

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

CALCULADO

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) CARIMBO

CNS _____ CBO _____ CRM _____

Marcilio de Jesus Mendes
MÉDICO
CRM - PB 6872

RESULTADOS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL **POLEGAR DIREITO**

Marcilio Batista Ramalho de Lima



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcele Batista Ramalho de Lima
RG nº 3.211.684, data de expedição 22 / 10 / 2013, Órgão SSDS / PB
CPF nº 083.944.504 - 07, venho perante a este instrumento declarar que não
posso 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 Projetada</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Aquide</u>
Cidade	<u>Juruá</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58750000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3421-8003</u> <u>(83) 9655-9484</u> <u>(87) 9999-9976</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Sumé - PB, 21/01/2016

Assinatura do Declarante: Marcele Batista Ramalho de Lima

LUZIA BATISTA RAMALHO DE LIRA
RUA PROLETÁRIA S/N - ANEXO
CURUPEM - CEP: 55.750-000 (PE)

ENERGISA PARABÁ - 0174 - REG. COMERCIAL ENERGIA S/A
B-236, Km. 25 - GARIBOLDI - 53.120-000 - PE - CEP: 53.120-000
CNPJ: 08.753.000/01 - INSC. EST. 16.018.528
Classe/Suporte RESIDENCIAL/BARRAGEM - CAMOHO/FÁSICO
Referência Dez/2015
Roteiro 11 - 174 - 720 - 7440
AFirmador: 050005410047 E-mail: 18/12/2015
Nova Fátima/Carão de Energia Elétrica INO.00 70.724
Código para Dúvida Automática: 08003761014

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

0943 836 7011 e 390 até 044 7568 1601

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 51376074-1

Dez / 2015 Canal de contato
Apresentação

18/12/2015

Data prevista da próxima leitura

19/01/2016

CPF/ CNPJ/ RAIN

64812132420

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 18/12/2015 PAGAS
OBRIGADO!

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
Data Leitura 18/12/15	Data Leitura 04/01/16	54	26

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,14483	4,33
Consumo em kWh	24	0,24784	5,95
Acab. B Vermeja			1,11
Subsídio			13,62
IMPOSTOS E ENCARGOS			9,40
ICMS (Básico) 25,00%			0,57
PIS			2,62
COFINS			-13,62
Dem. 18/12/15			

Histórico de Consumo (kWh)

18/12/15	30
17/12/15	31
16/12/15	32
15/12/15	33
14/12/15	34
13/12/15	35
12/12/15	36
11/12/15	37
10/12/15	38
09/12/15	39
08/12/15	40
07/12/15	41
06/12/15	42
05/12/15	43
04/12/15	44
03/12/15	45
02/12/15	46
01/12/15	47
31/11/15	48
30/11/15	49
29/11/15	50
28/11/15	51
27/11/15	52
26/11/15	53

VENCIMENTO 28/12/2015 TOTAL A PAGAR R\$ 23,98

Indicadores de Qualidade

Limites de Aproveitamento

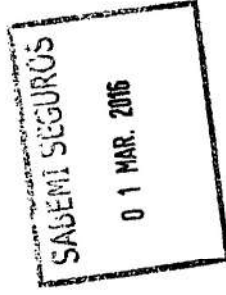
Limites de ANEEL	Atualizado	Limite de Tensão (V)
13,22	0,00	NOMINAL
15,70	0,00	CONTRATAÇÃO
17,22	0,00	LIMITE INFERIOR
		LIMITE SUPERIOR
		231

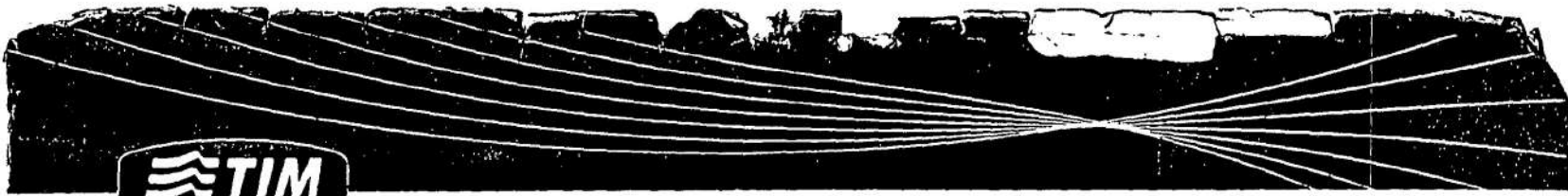
Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo em kWh	4,33	20,21
Consumo em kWh	5,95	28,56
Acab. B Vermeja	1,11	5,25
Subsídio	13,62	65,97
IMPOSTOS E ENCARGOS	9,40	45,07
ICMS (Básico) 25,00%	0,57	2,62
PIS	2,62	12,59
COFINS	-13,62	-65,97
Total	37,90	100,00

Valor do recurso de Uso do Sistema de Distribuição (Ref: 10/2015) R\$ 6,14

ATENÇÃO

- Sua unidade foi fabricada como Baja Feroza, tendo um desconto de R\$ 13,62





Você, sem fronteiras.

CNPJ da Matriz: 04.206.050/0001-80



CTC RECIFE PE JPA PL10
EMMANOELA S P V DE S ARAUJO 02984808-11
R TITICO GOMES, 405
BELA VISTA
58704-460 - PATOS - PB



7214049716 12858 0000 006855 30 220715





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 EMMANOELA SATURMINA PEREIRA V. DE S. ARAUJO portador(a) do

RG nº 4672305, expedido por SSP-PE, em

04 / 01 / 1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marcelo
Batista Hammallo de Lira do sinistro de DPVAT da natureza Inválidez
da vítima Marcelo Batista Hammallo de Lira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: EMPRESÁRIA Renda Mensal: R\$ 3.000,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA - SEM COMPROVAÇÃO DE
PROFISSÃO E RENDA

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



[Assinatura]



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DANIEL RAMALHO DE LIMA,
 RG nº 3292438, data de expedição 06/12/2004
 Órgão SEPRE, portador do CPF nº 057.890.014-63, com
 domicílio na cidade de JURU, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUY. TORRES RAMOS, nº S/Nº,
 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 MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIMA cujo o condutor era
MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIMA.

Veículo: moto completa
 Modelo: HONDA NXR 125 PROS ES
 Ano: 2003/2004
 Placa: KKZ 5373
 Chassi: 9C2JD20204K015728
 Data do Acidente: 01/01/2016
 Local e Data: CPFL 2016 NA BR 306

Daniel Ramalho de Lima
 Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Marcelo Batista Ramalho de Lima
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 (Sem reconhecimento de firma)

CARTÓRIO ROCHA
 Cartório Único de Notas e do Registro Civil de Juru-PB
 Reconheço a(s) firma(s) autenticada(s) de: Daniel Ramalho de
 Lima - deu fe
 Juru, 09 de janeiro de 2.016
 Pedro Virgílio Teixeira Araújo - Tabelião Substituto
 SELO DIGITAL: ACP55614-NRQO consulte a autenticidade
 em: <https://selodigital.ijpb.jus>



CARTÓRIO ÚNICO
 DE REGISTRO CIVIL
 JURU - PARAIBA
 CNPJ: 08.299.447/0001-88
 RUA THIREBACIA ROCHA NET



AGENCIAMENTO SEGURUS
01 MAR. 2006



JURU-PB
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE ISaura PIRES DO CARMO
HOSPITAL MUNICIPAL DE JURU - PB
Av. Dalmo Teixeira, 386 - Centro - Juru - PB
CNES: 2321572 - CNPJ: 08.888.950/0001-06

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DT/ATENDIMENTO: 01/01/10 TURNO: FOLHA:

PACIENTE
NOME: Marcelo Batista Ramalho de Lima
SEXO: M DT NASCIMENTO: 07/10/1989 IDADE: 26 RG: 3211684
PROFISSÃO: Agente de Saúde CPF: 083.944.504-07
ENDEREÇO: Rua. Ray Tames Ramos
CIDADE: Juru UF: PB CNS: 700401483189040

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
1. Clonazepam - 10mg
2. Paracetamol
3.
4.

RAÇA / COR
[] 1 - BRANCA [] 2 - PRETA [x] 3 - PARDA
[] 4 - AMARELA [] 5 - INDÍGENA [] 6 - SEM INFORMAÇÃO

CARÁTER DO ATENDIMENTO
[] 01 - ELETIVO
[] 02 - URGÊNCIA
[] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
[] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
[] 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
[] 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
História de acidente de trânsito de moto, alterando o trajeto para o lado direito, resultando em fratura de rádio ulnar. Ferimentos isótimos. Rx - fratura rádio ulnar.

DIAGNÓSTICO
Fratura rádio ulnar CID-10 S62.0

MEDICAÇÃO
[] PRESCRITA
[] APLICADA

ENCAMINHAMENTO
[] OBSERVAÇÃO [] RESIDÊNCIA
[] INTERNAMENTO [] OUTRO HOSPITAL
[] ÓBITO [] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)
1-
2-
3-

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) CARIMBO
CNS CBO CRM
Mônica de Jesus Mendes
MÉDICO
CRM - PB 8872

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
Exames realizados e anexados

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
POLEGAR DIREITO
Marcelo Batista Ramalho de Lima

RESULTADOS

ASSINATURA DO CHEFE DA UNIDADE + CARIMBO ASSINATURA DO REVISOR + CARIMBO

NOME: Marcos Deusta Remeio de Lenc IDADE 26 anos DATA: 02 / 03 / 16 HORA: 02:16

() CLÍNICO () PEDIÁTRICO () CIRÚRGICO () PSIQUIÁTRICO () GINECO/OBSTÉTRICO

FATORES DE RISCO COMORBIDADES: () HAS () DMID () DMNID () IRCD () IRCND () HEPATOPATIA () CARDIOPATIA () DPOC () CORONARIANO () MCP

() EPILEPSIA () TABAGISMO () ALCOOLISMO () ALERGIAS: () () IMUNOSSUPRESSÃO () TRANSPLANTADO: _____

() MEDICAMENTOS: _____

SINAIS VITAIS: P: _____ BPM PA: X mmHg. FR: _____ R/M. T: _____ SpO2: _____ % GLICEMIA: _____ DOR: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

() CONSCIENTE () ORIENTADO () DESORIENTADO () INCONSCIENTE () TORPOROSO () COMATOSO: _____ () AGITAÇÃO PSICOMOTORA () AGRESSIVIDADE

AVALIAÇÃO DA QUEIXA:

QUEIXA NEUROLÓGICA: () CEFALÉIA () ALTERAÇÃO DA MARCHA () CONVULSÃO () RNC () TONTURAS () DESMAIOS () DISTÚRBIOS VISUAIS

() PARESIA _____ () PLEGIA _____ () PARESTESIA _____ () NISTAGMO () OUTRAS: _____

QUEIXA RESPIRATÓRIA: () TOSSE PRODUTIVA () TOSSE SECA () RESFRIADO () CORIZA () IRPa () FEBRE () DOR DE GARGANTA () HEMOPTISE () EPISTAXE

() ROUQUIDÃO () CORPO ESTRANHO () OUTRAS: _____

QUEIXA CARDIOVASCULAR: () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () ARRITMIA () DOR TORÁCICA. INÍCIO: _____ QUANTIDADE: _____ QUALIDADE: _____

ALÍVIO: _____ () EDEMA DE EXTREMIDADES () SUDORESE () PALÍDEZ () SINCOPE () PICO HIPERTENSIVO () CRISE HIPERTENSIVA () HIPOTENSÃO () DISPNEIA

QUEIXA GASTROINTESTINAL: () DOR: LOCALIZAÇÃO: _____ QUANTIDADE: _____ DURAÇÃO: _____ () GESTANTE () IDADE FÉRTIL () FEBRE () VÔMITOS

() SANGRAMENTO VAGINAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () HEMATÊMESE () ENTERORRAGIA () INTOXICAÇÃO EXÓGENA: _____

QUEIXA URINÁRIA: () DISÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA () HEMATÚRIA () PIÚRIA () FEBRE () DOR PÉLVICA () DOR ABDOMINAL () OUTRA: _____

TRAUMATOLOGIA: () FERIMENTO: _____ () FRATURA: _____ () MORDIDA DE ANIMAL () ANIMAL PEÇONHENTO () AFOGAMENTO. GRAU: _____

() QUEIMADURA. ASCQ: _____ () FAB: _____ () FAF: _____ () QUEDA: _____ () TCE () TRM () TRAUMA DE TÓRAX () TRAUMA DE EXTREMIDADES

OUTRAS QUEIXAS: Paciente sofreu acidente automobilístico com vários ferimentos e dor no punho esquerdo.

CLASSIFICAÇÃO: () VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL

ENCAMINHAMENTO: () CONSULTÓRIO () PEQUENA CIRURGIA () OBSERVAÇÃO AMARELA () SALA VERMELHA () SERVIÇO SOCIAL () OUTRO: _____

ASSINATURA E CARIMBO: Rui...



HOSPITAL E MATERNIDADE ISaura PIRES DO CARMO

UNIDADE DE ORIGEM:

PACIENTE:

MARCELO TEIXEIRA RAVALHO

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

COM OJITIM DE NO MOME DE JURO
EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADOS:
FUE TUBAS FUE TUBAS RESERVA + SO
(FUE TUBAS + 2 FUE TUBAS PIREDO + SO)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FUE TUBAS PIREDO + SO
FUE TUBAS PIREDO + SO

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAINHAMENTO:

1180 RE SÓCIO DA JORNADA

ENCAMINHADO PARA:

14082 FUE TUBAS PIREDO + SO

07/01/2016

Marcos de Jesus Mendes

MÉDICO

CRM-168072

NOME - CRM

CRM-168072

UNIDADE DO ESPECIALISTA:

EXAME CLÍNICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

SABEMI SEGUROS
01 MAR. 2016

FAREJER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL	NA UNIDADE DE ORIGEM
	NA UNIDADE DE REFERENCIA
	OUTRO SERVIÇO

DATA

NOME - CRM

Data Universal de Identificação
"0012"


**SECRETARIA DA
Secretaria de Rec**

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
**EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE S ARAUJO**

Nº de inscrição
029949084-01

Data de Nascimento
28/10/75



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL**

02R44




Emmanoela Saturnina P. Vasconcelos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e exigível por terceiros, salvo
nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
[Signature]
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/11/96

S
E
R
V
I
D
O

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.672.305 DATA DE EXPEDIÇÃO: 04.01.1984

NOME: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

FILIAÇÃO: Antonio Xavier de Souza
Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza.

NAT. RALIDADE: Souza. DATA DE NASCIMENTO: 28.10.1975

DOC. ORIGEM: Cert. Nas. 1316 L. 66 F. 5V art. de Tabira-PE.

[Signature]
ASSINATURA DO DIRETOR GERAL

LEI N. 7.116 DE 29/08/83

01 MAR 2016

SANTINI SEGUROS
01 MAR. 2016



0007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 011462901187
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CÔD. RENAVAM: 817926402 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2015

NOME: DANIEL RAMALHO DE LYRA
TABIRA - PE

CPF / CNPJ: 057.890.024-63 PLACA: KK25373

PLACA ANT. / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2JD20204R015728

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / NXR125 BROS ES ANO FAB.: 2003 ANO MOD.: 2004

CAP. / POT. / CIL.: 2P / 124CL CATEGORIA: PARTIC COR. PREDOMINANTE: BRANCA

IPVA 2015 QUITADO
FAIXA IRVA: I PARCELAMENTO / COTAS: I

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL: TABIRA DATA: 04/02/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS CU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 011462901187 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DANIEL RAMALHO DE LYRA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

TABIRA - PE EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 04/02/15

VIA: 1 CPF / CNPJ: 057.890.024-63 PLACA: KK25373

RENAVAM: 817926402 MARCA / MODELO: HONDA / NXR125 BROS ES

ANO FAB.: 2003 DATA FAB.: 09 Nº CHASSI: 9C2JD20204R015728

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$): DENATRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
Profissão: AGRICULTOR
Identidade: 3.211.684 CPF: 083.944.504-07
Endereço: RUA PROJETA DA S/V. BAIRRO DO ARAUJO JUV. PB

OUTORGADO:

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

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

MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIMA



Local e data

Marcelo Batista Ramalho de Lima

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
MARCLO BATISTA RAMALHO DE LIMA
Em testada verdade, Patos-PB 05/01/2016 12:18:18
[2016-000096]EMOL:R\$ 83,49 FAFEM:R\$ 1,70 FEPJ:R\$ 0,23 IBS:R\$ 0,25
SELO DIGITAL: ACP47873-5921
Contra a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

