

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594824 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594824

Vítima: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 08735853484 Nome completo da vítima: Jose do Amor dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jose do Amor dos Santos CPF: 08735853484

Profissão: agente Endereço: Rua São Luiz Número: 178 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Esperanos Estado: PB CEP: 58135000

E-mail: marcio.bruno.ada@gmail.com Tel.(DDD): 8333341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 56298 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

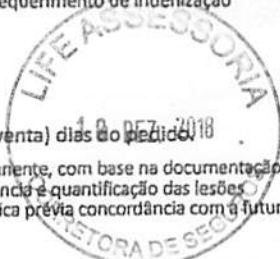
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Campania Grande - PB, 18/12/2018
Nome: Jose Gomes do Nascimento Neto
CPF: 09066976462

Jose Gomes do Nascimento Neto
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: German Henrique Santos Neto
CPF: 0919273993

German Henrique Santos Neto
Assinatura

2ª Nome: Jose Edsonilton Luiz de Siqueira
CPF: 05121681488

Jose Edsonilton Luiz de Siqueira
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000475/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000475/18 registrada em 08/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 17:01 horas, compareceu o Sr. JOSÉ DE ASSIS DOS SANTOS, com 48 anos de idade, filho de FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS e RITA MARIA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de REMÍGIO - PB, Casado, escolaridade Não Alfabetizado, profissão AUXILIAR DE SERVIÇOS, portador da Cédula de Identidade Nº 2.550.074, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 08735853484, residindo à rua SÃO LUIS, 176, bairro CENTRO, na cidade de ESPERANÇA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 16h00min dia 13.05.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal que dá acesso a Rodovia BR 101, localizada no Sítio Jacaré, área rural de Remígio/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, ano/modelo 2010/2010, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1610AR070049, de placa NQI-6697/PB, licenciado em nome de Fabiana Celestino Diniz Santos, quando ao acessar a referida rodovia perdeu o controle de direção e caiu ao solo, sofrendo escoriações diversas pelo corpo e fratura no seu membro inferior direito, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais da PRF, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 8 de Agosto de 2018



JOSÉ DE ASSIS DOS SANTOS

Declarante

José Alberto do Nascimento

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 08735853484 Nome completo da vítima: Jose do Amor dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jose do Amor dos Santos CPF: 08735853484

Profissão: agente Endereço: Rua São Luiz Número: 178 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Esperanos Estado: PB CEP: 58135000

E-mail: marcio.bruno.ada@gmail.com Tel.(DDD): 8333341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 56298 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

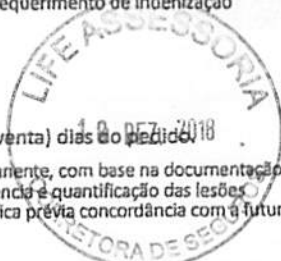
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Campania Grande - PB, 18/12/2018
Nome: Jose Gomes do Nascimento Neto
CPF: 09066976462

Jose Gomes do Nascimento Neto
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: German Henrique Santos Neto
CPF: 0919273993

German Henrique Santos Neto
Assinatura

2ª Nome: Jose Edsonilton Luiz de Silva
CPF: 05121681488

Jose Edsonilton Luiz de Silva
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO

Secretaria Municipal de Saúde

SAMU

R: Dr. Luiz Bronzeado, S/N- Centro - Remígio-PB

Remígio, 01/06/2018

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, o **SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA- SAMU192**: Remígio-Pb prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente José de Assis dos Santos, vítima de acidente de trânsito, no dia 13 de maio de 2018. A mesma foi encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.


Erika F. Souza Silva
COREN-PB 222.559 - ENF

ERIKA FERNANDA DE SOUZA SILVA
Coordenadora do SAMU- REMÍGIO-PB

CPF: 033.600.94-21

COREN- PB: 222.559 - ENF



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Para obter o comprovante pago, consulte a nota fiscal emitida pela Energisa. Nº 016.109.089

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FABIANA CELESTINO DINIZ DOS SANTOS
RUA SÃO LUIS 176
ESPERANÇA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/817850-1

REFERÊNCIA

NOV/2018

APRESENTAÇÃO

26/11/2018

CONSUMO

75

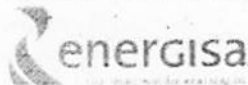
VENCIMENTO

03/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 49,86

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

FABIANA CELESTINO DINIZ DOS SANTOS

Roteiro: 15-071-079-3010

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/11/2018

VENCIMENTO

03/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 49,86

MATRICULA

017850-2018-11-8



oi

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.064.797-5
AV PRES EPITACIO PESSOA,660 - JOAO PESSOA - PB CEP: 58040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79



INACIO BRUNO SARMENTO
TV DINAMERICA ALVES CORREIA, 1020 LJ 2
SANTA ROSA
58416-682 CAMPINA GRANDE-PB

Referência

NOVEMBRO /2018

Telefone

(83) 3334-1289

Vencimento

02/12/2018

Total a pagar

R\$ 13,76

Resumo da sua fatura

R\$ 30,75



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Inácio Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036781814, 06
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Senr de Aires dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 087358534184, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vítima
Senr de Aires dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 087358534184, 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>TU Dinameneu Alves Correa</u>		Número <u>1020</u>	Complemento <u>02</u>
Bairro <u>Dinameneu</u>	Cidade <u>Compinha Grande</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58400-000</u>
Email <u>inacio.bruno.adv@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u>		Telefone celular (DDD) <u>83994885048</u>

Compinha Grande, 15 de Dezembro de 2018
Local e Data

Inácio Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

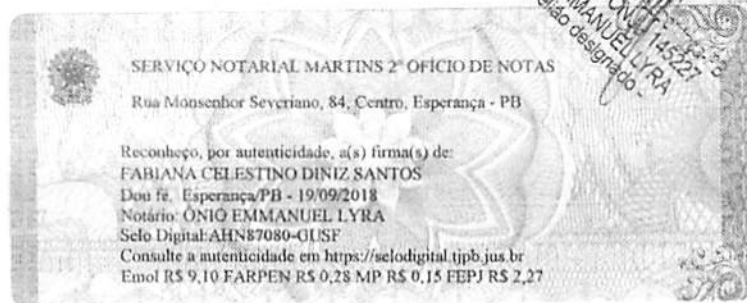
Eu, Fabiano Celestino Diniz Santos,
RG nº 2.379.158, data de expedição 30/12/2013
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 042.710.064-08 com
domicílio na cidade de Esperança, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Luís, nº _____,
complemento São Miguel, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Dias Santos, cujo o condutor era
José Dias Santos.

Veículo: Motorcito Honda
Modelo: Motorcito Honda C150 2010
Ano: 2010
Placa: NBF 6697/PB
Chassi: 9C2KC1610 PR070049
Data do Acidente: 13/05/2018
Local e Data: Esperança - PB, 19/09/2018



 Fabiano Celestino Diniz Santos
X Assinatura do Declarante

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





GOVERNO
PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1653705

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/05/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Sidney Siqueira De Araujo Junior

PACIENTE: JOSE DE ASSIS DOS
SANTOS

Endereço: SAO LUIZ

Cidade: Esperança

Nome da Mãe: RITA MARIA DA CONCEICAO

Responsável: FABIANA SANTOS

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Médico:

CEP: 58135000

Sexo: M

Idade: 048

RG:

CPF: 08735853484

Data de

Atend: 13/05/2018

Hora: 17:43:34

CRM:

Nascimento: 23/04/1970

Telefone: 998238872

Bairro: CENTRO

Nº: 176

Profissão: AGRICULTOR

CNS: 9645969698489

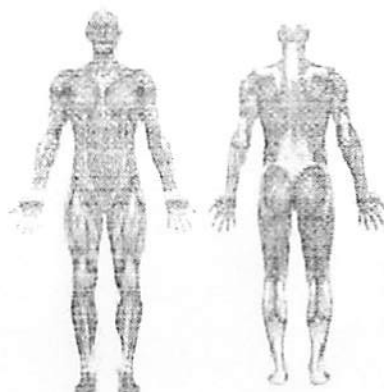
CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de contusão |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Paratetania |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU, com história de queda de motocicleta, alcoolizado. Refere perda de consciência. Nega vômitos. Nega dor abdominal. Afirma dor em tornozelo direito. Nega dor abdominal.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

A - vias aéreas pervias, cervical livre
B - respirando em ar ambiente
C - estável hemodinamicamente
D - alcoolizado, Glasgow prejudicado
E - lesão em tornozelo direito

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

(X) Ultrassonografia:

(X) Radiografias:

()

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

13/05/18

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / ORTOPEDIA às 17:53 Dia 13/05/18

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Rogério Peronico
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 9500

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

18 DEZ. 2018

DR. JOSÉ LOPES
 ENFERMEIRO EM PROCIURÇÃO
 Hospital de Coluna - CRA1/6676

CD. S. no mat'co /
Atcs - cirrupa good c
OBS NE upo - 1244

TC NP

REPTILES AND POISSONS

13/05/18 # 100 # 2015
→ TCE CE CE p A C DE NE

SERVIÇOS REALIZADOS:

IDADE

CBO

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ : _____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) :

() Alta hospitalar / () A revelia
 \ () Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL.

Öbito

Colina Celeste Diniz, viúva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CUBELA GEEK
Faciente sem queixas abdominais ou febre
FAST Negativo. Rx sem alterações
Alta da Unidade Geral

Dr. André Vignati, da São Paulo
RESIDÊNCIA CIRÚRGICA GERAL
CRM-SP 11.722

Ficha de Acolhimento

Nome:	José de Assis dos Santos		
End:	São Luiz 176	Bairro:	Esperança
Data de Nascimento:	23.04.1970	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de	Data do Atend.:	13.05.18
		Hora:	17:40
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Nota

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

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

Bruna Moura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB: 223.352

Assinatura e carimbo do profissional

Fratura Bimaleolar T7 (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente José de Azevedo dos Santos Alojamento 9 Leito 1 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/05/18	1 Dieta Oral Livre 2 Cloraz 200mg EV 24hs 3 Dipirona 650mg TAD - EV 6/6hs 4 Tilidina 400mg oral TAD EV 12/12hs 5 Omeprazol 40mg oral EV 1x/dia 6 SSW + CCG	06 06	Paciente vítima de queda de moto com fratura no tornozelo direito com dor e edema. em - sorveto pré-op. - Tala Bota
	8 Realização da NCR às 08:00hs (14/05/18)		
14	DIETA Livre		
5	Dipirona 650mg TAD 6/6hs Legg, SSW	Falta no Hosp 08 21 06	1. D14 Aq. Paracetamol da NCR Repouso, no leito, Dor, tala mlt Uy. Pré-op.

Endereço: Rua de Arco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 6900 TEST. 1502

10 DEZ. 2018

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx + my (D).

Paciente	Jose de Arios Santos	Alojamento	9	Leito	1	Convênio	
----------	----------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/05	1 - Dieta livre		2º DIA
	2 - SBL 500 ml I.V. 12/12 h. <i>felco</i>		RÉG estuf dimin b
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8/8 h (lento).	(14) (5) (16)	afetm
	4 - Tilatil 20 mg I. V. 12/12 h. — <i>chaps 12/12h</i>	18	Edema 2/4 + Dor 2/4 (+)
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	(12)	Col: VPM
	6 - C. C. G.		NCR. <i>Amendo parecer de</i>
	<i>Hallisson Barros de Almeida</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		<i>Amendo Exams pre op.</i>
	<i>Trauf 100 ml + 100 ml STV 8/12 14/12</i>		<i>Hallisson Barros de Almeida</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	<i>16 DEZ. 2018</i>		3º DIA
16/05	Dieta livre		RÉG estuf abd
	<i>felco</i>		Col: VPM
	<i>Dipirona 500mg EV 6/6L 14/12</i>	(12) (18) (00) (06)	<i>Hallisson Barros de Almeida</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	<i>Valtaren 75mg (IM) 12/12h</i>	00	
	<i>SSW + CEGG</i>	RT	
	<i>Preceer NCR</i>		



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

Diagnóstico

POE FX TNZ D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José de Amor Sobos	Alojamento	9	Leito	1	Convênio	
----------	--------------------	------------	---	-------	---	----------	--

[illegible]



Nome do Paciente JOSE DE ASSIS DOS SANTOS		Nº Prontuário 1653705	
Data da Operação 17.05.18	Enf. ORTO 2	Leito 9.1	
Operador Dr. Carlos		1º Auxiliar Dr. Euler (MRJ)	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Fx TNE			
Tipo de Operação Osteotomia			
Diagnóstico Pós-Operatório Q memo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato Sim			
Acidente Durante a Operação Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Acesso em decúbito dorsal horizontal no orifício
2) Anestesia, antiseptia, campo estéril
3) Incisão sobre moléculo medial e lateral do tornozelo direito + drenagem por planos + hemostase
4) Redução cruenta
5) Osteotomia com 02 pinos e esponjas cunha + 02 anéis + 04 pinos e esponjas de apoio
6) Lav. FO + selado por planos + curativo
7) Pto. operatório sem sutura
8) Ponto concluído à sala de RPA + RX de controle
1
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
18 DEZ. 2018

NOTA DE SALA CIRURGIA GERAL

PACIENTE: 01 de ARAÚJO DOS SANTOS 20.03.04.70					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	Sala 03	SUS	48	4653705	
CIRURGIA: Ortopedia de fratura de fêmur direito		CIRURGIÃO: DR. GILBERTO + DR. GUILHERME			
ANESTESIA: Alcofina + Nitroxi		ANESTESIA: DR. GILBERTO			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		02.05.2018	20:00	21:40	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calci. p. O ₂		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calci. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimofe amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
02	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Proligmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	02	Mononylon 20	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
02	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suptanon amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
03	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica	cx 35 x 4 m		
01	Amoxicilina	Sonda Uretral n°	04	Pacotes corticais	
02	Amoxicilina	Sterydrem ml	02	Pacotes esponjoso	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Torneirinha			
02	Aguilha desc. 25 x 7	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 28 x 28	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	Latese			
01	Aguilha p/ raque n°				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
03	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

18 DEZ. 2018

EQUIPAMENTOS

(x) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar

() Serra () Eletrocautério

() Desfibrilador () Oxícapiógrafo

(x) Foco Frontal () Cardiomonitor

() Fonte de Luz (x) Perfurador Elétrico

Arlete Campos de Araújo Oliveira
 CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 COREN-PB 397289

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Jose de Jesus dos Santos</i>	Idade: <i>49</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>12/05/18</i>
Procedimento: <i>osteossíntese de Fratura de tornozelo direito</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Euler</i>	Auxiliar:
	Anestesista: <i>Dr. Felix</i>
Início: <i>20:00</i>	Término: <i>21:40</i>
	Anestesia: <i>Rapin + sedação</i>

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

fa tu z D.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente José de Amor Santos Alojamento 9 Leito 1 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/05	Dieta livre Jeleo Dupirona 50mg EV 6/6L Voltaren 75mg (Im) 12/12h. - SN SSR + CCG 6	12 18 54 06	4º DIA BEG estáuf diuente afel Cd: VPM Agreda unje
18/05	Dieta livre Jeleo Dupirona 50mg EV 6/6L Voltaren 75mg (Im) 12/12h SSR + CCG 6 Ceftriaxon 1g EV 12/12h.		5º DIA BEG estáuf afel Cd: VPM
10h	Alta hospitalar R6 tab 90 cp Rebras amblel APB + ATNIS furot apre		

REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2.966

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

ANO DOADOR DE ÓRGÃO
RECEBIDO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL 2550074 DATA DE EXPEDIÇÃO 01 MAI 1998

NOME JOSÉ DE ASSIS DOS SANTOS

Françisco de Assis dos Santos

FILIAÇÃO Rita Maria da Conceição

Remígio-PB 23.04.1970

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cart. Nasc. 17639, Fls. 99-v, Liv. A-31,

DOU ORDEM

Cart. Remígio-PB

CPF

John Person - Pb

ALEX ASSINATURA DO DIRETOR

DEFINIR 16 DEZ 2003

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

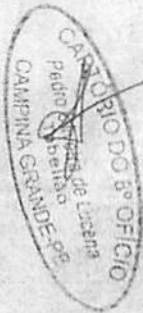
CPF

087.358.534-84

JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

23/04/1970

SELO DIGITAL: AF144766-70JS
 Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Marques do Heriál, 93 - Centro Fone: 3341-6035
 CNPJ: 09.365.745/0001-76
 Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
 é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
 Campina Grande

28-06-17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
 Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.966/94)


 ASSINATURA DO PORTADOR
Inácio Bruno Sarmento


 OBSERVAÇÃO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO

21472

21/10/1978

026.781.814-08

22/03/2017

INACIO BRUNO SARMENTO

MARIA AUXILIADORA SARMENTO

OLHO D'ÁGUA/PB

21/10/1978

026.781.814-08

22/03/2017



DETRAN - PB Nº 013748123611

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAL 0027048766-2 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
FABIANA CELESTINO DINIZ SANTOS

CPF / CNPJ 04271006408 PLACA NQI6697/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1610AR070049

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN MIX KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP. POT. / GL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC. / COTAS 2ª 3ª
FAIXA LIVEL PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 02/10/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ESPERANCA - PB LOCAL DATA 02/10/2017

36994



14761

PB Nº 013748123611 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 02/10/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 04271006408 PLACA NQI6697/PB

RENAVAM 00270487662 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN MIX KS

ANO FAB. 2010 CAT. DRE 9 Nº CHASSI 9C2KC1610AR070049

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) P A G O

PAGAMENTO S COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 02/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

14761-1537409-20171002



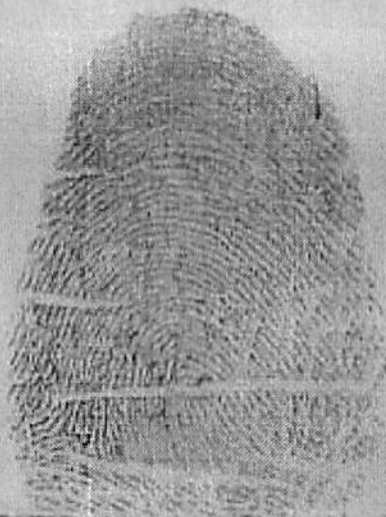
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DI.P.17

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



18 DEZ 2017



José Gomes de Tralimento Neto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



DATA DE NASCIMENTO
05/07/1989

NATURALIDADE
ESPERANCA-PB
NASC. N. 610 FLS. 189 LIV. A01
DOC ORIGEM
CARTORIO AREIA/PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR
JOÃO PESSOA, PB

ENLEI Nº 7.416 DE 29/08/83

FILIAÇÃO
EDSON GOMES DO NASCIMENTO
PALMIRA NUNES DO NASCIMENTO

REGISTRO GERAL
NOME
JOSE GOMES DO NASCIMENTO NETO

DATA DE EXPEDIÇÃO
11/09/2007

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Sr. de Amor dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 13/05/2018 CPF DA VÍTIMA 087 358 534 84
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Sr. de Amor dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Sr. de Amor dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua São Luiz
 Nº 176 COMPLEMENTO 5 BAIRRO Centro
 CIDADE Expenses UF PB CEP 58135-000
 E-MAIL inacio.bonacho@gmail.com TELEFONE (83) 33341289

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 18/12/2018IDENTIDADE 25 500 74ASSINATURA X

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

08735853484

Nome completo da vítima:

Jose de Jesus dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Jose de Jesus dos Santos

CPF:

08735853484

Profissão:

agente

Endereço:

Rua São Luiz

Número:

178

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Exporonoro

Estado:

PI

CEP:

58135000

E-mail:

travisbruno@oi.com.br

Tel.(DDD):

833341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

1668

CONTA:

56298

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

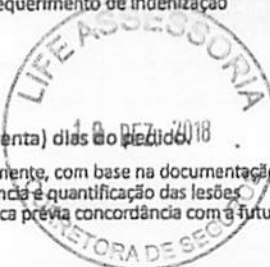
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Camaripa Grande - PI, 18/12/2018

Nome: Jose Gomes dos Nascimento Neto

CPF: 09066976462

Assinatura de quem assina A ROGO

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Jose Gomes dos Nascimento Neto

CPF: 09199233993

Assinatura

2ª Nome: Jose Edsonilton Luiz de Silva

CPF: 05121681488

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



NOME
JOSE EDUARDO LUIZ DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / CIVIL / EMPREG. Nº
2932704

CPF
051.216.814-88

DATA NASCIMENTO
24/09/1985

PLACÃO
IVONETE LUIZ DA SILVA

PRIMEIRO **SOBRENOME** **ACC** **CAJAL** **AB**

VALIDADE **V. EXPIRAÇÃO**
22/03/2023 **25/05/2009**

Nº REGISTRO
0465244294

1633714675

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LOCAL **DATA EMISSÃO**
CAMPINA GRANDE, PB **28/03/2018**

58123870556
58036546810

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1633714675

Ass. Edmarcio de Aguiar
ASSISTENTE DE FISCALIZAÇÃO

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14347494

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.962/94)



GAB

ASSINATURA DO PORTADOR

Gerson Luciano Santos Netto

OBSERVAÇÕES



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
GERSON LUCIANO SANTOS NETTO

RELACAO
JOSE FERNANDO VIDAL SANTOS
RIZALVA DE SOUSA MARCULINO VIDAL

NATURALIDADE
CONGO-PB

DATA DE NASCIMENTO
14/03/1992

RG
3384668 - SSP/PB

CPF
091.192.334-93

DATA DE SAÍDA E TÍTULO
NÃO

EXPERIENCIA
01 21/03/2017

ASSINATURA
PAULO ANTONIO MORAES SILVA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO
24814

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594824 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO
REMÍGIO - PB
TABELIÃ: ANALICE PEREIRA BRONZEADO

RUA: JOSÉ LEAL, 137 - CENTRO - REMÍGIO/PB - CEP 56398-000 - FONE/FAX (83) 3364-1235
CNPJ nº. 06.361.914/0001-41 - E-MAIL: cartorio@remigio2008@hotmail.com

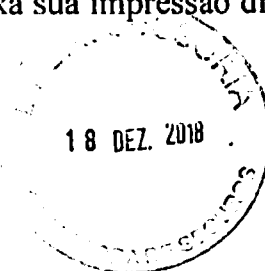
LIVRO: 59

FOLHAS: 99

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos virem este Público Instrumento de Procuração que aos **SEIS** dias do mês de **NOVEMBRO** do ano de **(2018)**, nesta cidade de Remígio, Estado da Paraíba, perante mim **MARIA DO SOCORRO BARBOSA FERNANDES – ESCRIVENTE AUTORIZADA**, compareceu de um lado como outorgantes: **JOSÉ DE ASSIS DOS SANTOS**, brasileiro, casado, ajudante geral, titular do RG nº **2550074 SSP/PB** inscrito no CPF/MF Sob nº **087.358.534-84**, residente na Rua São Luís nº 176 Centro Esperança/PB, devidamente identificado por mim Notaria como os próprios, e por eles me foi dito que constitui e nomeia como seu bastante procurador, **INÁCIO BRUNO SARMENTO**, brasileiro, casado, advogado, titular do RG nº **2131933-SSP/PB** inscrito no CPF/MF Sob nº **036.781.814-06**, residente e domiciliado na Rua Izabel Maria da Conceição nº 49 Bairro Bodocongó Campina Grande/PB. A quem concede poderes para que possa requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do Sinistro(pedido de indenização que vitimou em acidente de trânsito o Sr. **JOSÉ DE ASSIS DOS SANTOS**, fato ocorrido no dia 13 de Maio do Ano de (2018), podendo para tanto seu procurador representar o outorgante como se o próprio, podendo requerer e assinar recibos e declarações de endereço, assinar autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistros **DPVAT** para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT junto a Caixa Econômica Federal Agência 1668. Operação 013. Conta 56298-7, cujo titular é **José de Assis dos Santos** podendo ainda seu procurador requerer o que necessário for, assinar, dar quitação, requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos, enfim praticar todos os atos que se façam necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato. E como assim disse do que dou fé. A pedido das partes lavrei este instrumento, o qual feito e lido, outorgaram, aceitaram e assinaram. Dispensadas testemunhas em face do Provimento nº 03/87 de 19.05.87 da Corregedoria Geral de Justiça do Estado da Paraíba. As informações contida neste instrumento foram declaradas pela outorgante, a qual foi alertada por mim sobre as consequências da responsabilidade civil e criminal, que aqui assumem pelas declarações que presta. Assina **JOSÉ GOMES DO NASCIMENTO NETO**, a rogo do outorgante por não ser alfabetizado o qual deixa sua impressão digital. Eu,



MARIA DO SOCORRO BARBOSA FERNANDES – Escrevente do Cartório do Único de Remígio, subscrevo e assino em público e raso que uso. Selo digital: AHS09736-BJ05 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br> Remígio, 06 de Novembro de 2018.

OUTORGANTE: Jose Gomes do Nascimento Neto
JOSE DE ASSIS DOS SANTOS
A ROGO JOSÉ GOMES DO NASCIMENTO NETO

Maria do Socorro B. Fernandes
Maria do Socorro Barbosa Fern.
ESCREVENTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456149/18

Vítima: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

CPF: 087.358.534-84

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/05/2018

Titular do CPF: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE DE ASSIS DOS SANTOS : 087.358.534-84

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS
CPF: 087.358.534-84

JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

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: 26/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000056298-7

Nr. da Autenticação E48B55626B49A77F