

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

04/09/2019 16:21:07		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		TARDE 13-19	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
VANDERLEI LIRA DE SOUSA		25/10/1988		30 A 10 M 10 D		CPF	
Tipo Doc Documento		ÁrgÂo Emissor		Data EmissÂo		ProntuÂrio	
IDENTIDAD 3176037		SSP RR		Sexo		93091478220	
MÃ‰e				Estado Civil		Naturalidade	
PEDRA LIRA DE SOUSA				M		PARDA	
EndereÂo				Pai			
RUA - RODOVIA BR 174 -- CENTRO - RORAINOPOLIS - RR							
						Contatos	
						17.00 ^h → 130/80	

Class. de Risco	Plano Convenio	N da Carteira	Validade	Autoriza>>o	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA &S;NICO DE SA&gt;&gt;DE				
SPA - PRONTO ATENDIMENTO	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedencia	Temp.	Peso
Setor	URG&gt;NCIA				Press>eo
	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
	DEMANDA ESPONTANEA				JOCILENE.RODRIGUES
Quixixa Principal	<input type="checkbox"/> SAndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintoma>ico Respir>rio <input type="checkbox"/> Suspeta de Dengue				

Unidade de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) AD.1234 RV.12345 MRV.123456
paciente refere que tem aci-
dente de ~~motor~~ e sente a dor
no abdômen, glasgow 15, abd. 6
05.370.016/06/1-00
HOSPITAL REGIONAL SUL

11a Fase Diagnóstica
 Fractura (costa)
 SACT - Exames Complementares
 RAIOS-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG RORAINÓPOLIS
 OUTROS . RR
 PRESCRIÇÃO

CEP: 69.370-970
RORAIMA
RR

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① AVP x 5IV	a/1	16/03
② SF 0,9 1L 1.000 ml	EV 16/03	SANDRA
③ Tramadol (100-5) + SF 0,9 1L 16/03		
④ 850 ml		
Conduta	a) orofaringeal	cute

Conduita
 Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta à Revelia
 Alta à Hora para:

 Ambulatório
 Observatório (Até 24h)
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Antes da TAH Acondimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica () / () / ()

© 2010 by Pearson Education, Inc.

Carimbo e Assinatura do M&A Médico
Dr. Oscar E. Riss

04 SET 2019



1500136333



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:
Brasília em Série

SEU GOVERNADOR OTONMAR DE SOUZA PINTO

NOME DO PACIENTE:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.078 JUN-90
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR MIGUEL SANTOS

REVIEW

Officers' D. Webster

CEP: 69.370-970
RIO GRANDE DO SUL

六

111

⑨ *Chloroxene* *Fe*, *Cr*
⑩ *Pyroxene* *Fe*, *Cr*
⑪ *Plagioclase* *Al*
⑫ *Pyroxene* *Al*
⑬ *Pyroxene* *Mg*, *Al*
⑭ *Pyroxene* *Mg*, *Al*

1970

1/22/11

✓ 11. 1. 1985

2400

What are

But
no
full

Hora	T.	P.	R.	PA
24	9	86	20	1000
06	15	88	20	1200



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

SETOR:

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

NOME DO PACIENTE:

Antônio Lira

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

Dr. Antônio Lira

QUARTO:

LEITO:

12

Nº REGISTRO:

PRESCRIÇÃO:

HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-920

RORAIMÓPOLIS RR

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

06.

21 06

22

24 06

Dr. Antônio Lira

Dr. Antônio Lira

Dr. Antônio Lira

Dr. Antônio Lira

DATA	TO	TI	TE	TM	TM	PA
24/06/2010	26	68	19	10:00	10:00	PA
24/06/2010	26	72	20	10:00	10:00	PA
24/06/2010	26	72	20	10:00	10:00	PA
24/06/2010	26	52	10:00	10:00	10:00	PA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SÜ -

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

NOME DO PACIENTE

PROFESSIONALS RESPONSABLES

DATA HORA:

PREScrição:

卷之三

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CHURCH

CEP: 69.370-970
RR
S/N
RORAIMA
MUNICIPIO DE RORAIMA

OBSEVAÇÕES

Cabana

1

140

1

200

15

卷之三

11

1671

111

1

1

111

11

100

113

06 1 346 21 20 1 90



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

NOME DO PACIENTE

BRASILIA, 11 de setembro

—. RESONANS RESUNSAVEIS

DATA HORA: _____

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/000-03

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Jan 2015 (1) 61/60

RORAIMÓPOLIS

CEP: 69.370-970

23

Rotina

Rotina	18.6	0.6
Rotina	12.18	2.4

Alent em São Paulo C.R. M&B. S. Veras
Adelio Moura 10.000,00 - M&B 10.000,00
Renzo 10.000,00 - M&B 10.000,00
Adelio Moura 10.000,00 - M&B 10.000,00

Digitized by srujanika@gmail.com



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: *Ortopedia* NOME DO PACIENTE: *WILSON FELIPE DA SILVA* QUARTO: *12* LEITO: *12* Nº REGISTRO:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:
WILSON FELIPE DA SILVA

DATA HORA:

05/370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

Br. 174 Km 468

CEP: 69.370-970

RORAIMA
RR

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

- 1) Dolor da articulação do joelho
- 2) Dolor pleural
- 3) Dolor abdominal
- 4) Dolor urinário
- 5) Dolor costal

Evolução:

Paciente submetido a ressecção de lesão na articulação do joelho.

Existe evolução satisfatória. O paciente está com dor de articulação e evolução de estreitamento. Pode haver dor intensa. Dolor urinário e abdominal. Dolor costal quanto a ressecção.

Marcelo Zaitouni

Marcelo Zaitouni
14/07/2009



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 01/09/2009 O.S. _____

Condado de São

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fractura 10.º friso do úl.

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Edmundo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

RORAINÓPOLIS

DURAÇÃO:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTONIEL DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970

RELATÓRIO CIRÚRGICO

*Fractura 10.º friso do úl.
Operação feita do lado.
Osteotomia do úl.
3º ferida fechada.*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/09/09

O.S. _____

Verdeles S/

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Este do filh - FSC par 0

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Co-ope laring e emoligica*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTONI DE SOUSA PINTO

Br. 174 - KM 403
CEP: 69.370-970

RODRINÓPOLIS

CIRURGIÃO: *Dr. Elvane*

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: *Carla*

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

*Plata Dr. Milt Ribeiro e Moraes.
Ocupação: Artista de MMA.
① Colapso do dia 01/09.
② Co-ope laring par 0 - rotulada - Perito: Dr. C. Justo
③ Sustentável
Ocorreu a fibroscopia 01/11/11*

Dr. C. Justo



NOME DO PACIENTE		APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Thianderlei Lira da Cunha				04/09/79	
CIRURGIA		TIPO			
Limpeza Cirúrgica		TEMPO DE DURAÇÃO			
CIRURGIÃO Dr. Carlos		ANESTESISTA Dr. Claudio	INÍCIO 17:10 FIM 18:15 TEMPO TOT		
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR Dr. Comiba			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE Ligeiro			
PO DE ANESTESIA Raaio		TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	
01	CATGUT SIMPLES N° 4-0			HORAS DE OXIGÉNIO	
	CATGUT SIMPLES N° 4-0			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	SP 0.
	CATGUT SIMPLES N° 4-0			FRASCO SORO	991.
	CATGUT N° 4-0			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	24.
	CATGUT CROMADO N° 4-0		01	FRASCO SORO GLICOSA %cc	300
	CATGUT CROMADO N° 4-0			XILOCAÍNA Bupivacaina %cc	X
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	80
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE cloridina	
	FIOS DE SEDA N° 4-0		01	PENTRANE	
	FIOS DE ALGODÃO N° 4-0			ENTRANE Amyg + Sub	BC 78
	MONONYLON COM AGULHA			ÉTER	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMINE	
	PÁRES DE LUVAS N° 4-0			THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL	
	DRENOS N° 4-0			GLICOSE %	
	SONDAS N° 4-0			ÁGUA OXIGENADA	
	AGULHAS			MERTHIOOLATE	
	COMPRESSAS			MERCÚRIO CROMO	
	LÂMINAS PARA BISTURI			20ml clorosadina	
SOMA				SOMA	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					

D



VANDERLEI LIMA SOUSA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
04/09/2019

192-04
49492
Masculino

25/10/1988
TR OLIVEIRA ERINALDO

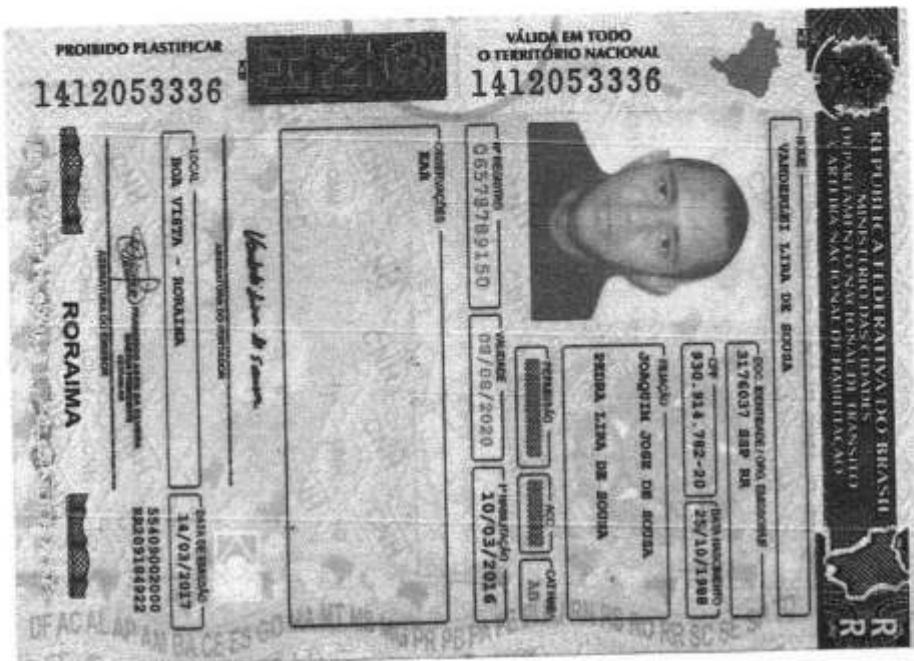
D



VANDERLEI LIMA SOUSA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
04/09/2019

49491
Masculino

25/10/1988
TR OLIVEIRA ERINALDO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN-RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013161079891

VEH. 01 - COD. RENAVAM 01113698079 - RENRC - EXERCÍCIO 2019

SHEILA GONÇALVES DA SILVA

NOME

010.894.667-26

RR

PLACA ANT/UF: MAR1143

PLACA

902KG2210H007284

CHASSI

PAS/PLAC/ETI/EL/ALCO/APL/IC. ALCO/GASOL

EL

HONDA/CB 160 TITAN EX

EL

CAP/ROT/OL. 2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024

EL

CATEGORIA: PARTICU

EL

VENC. COTA UNICA: 1º 2º 3º

EL

XP/AT/UX: PARCELAGEM / COTAS

EL

PRÉMIO TARIFÁRIO: 10/04/2019 R\$ 40,05

EL

PRÉMIO TARIFÁRIO: R\$ 40,05

EL

SEGURO DA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.808/001-04

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

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161079891 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RENAVAM 01113698079

HONDA/CB 160 TITAN EX

CHASSI 902KG2210H007284

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/04/2019

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/04/2019

NAR1143

CONTRAN

TermosGerais.htm


Igor Gomes Brasil
Diretor Geral do INSTITUTO NACIONAL HONDA LTD

16/04/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472521/19

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

CPF: 930.914.782-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Titular do CPF: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

VANDERLEI LIRA DE SOUSA : 930.914.782-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724273 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-3-6-8-9-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFÍCIT RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724273 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-3-6-8-9-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFÍCIT MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472521/19

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

CPF: 930.914.782-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

VANDERLEI LIRA DE SOUSA : 930.914.782-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724273

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDERLEI LIRA DE SOUSA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190724273 **Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: 04/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000001383-8

Conta: 000000822046-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 930 914 782-20 4 - Nome completo da vítima: Vanderlei Lira de Souza

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

5 - Nome completo: Vanderlei Lira de Souza 6 - CPF: 930 914 782-20
 7 - Profissão: Jovem Técnico 8 - Endereço: Rua: 40350, GD: 32, Lote: 34 9 - Número: 51/s 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Novo Horizonte 12 - Cidade: Paraimá/PA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.373-000
 15 - E-mail: Vanderlei.lira.souza@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99131-1149

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 082.2046 (8) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (velhacer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

40 - Local e Data, Paraimá/PA, 30 de novembro de 2019.
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RORAINÓPOLIS
"Seu primeiro instrumento de cidadania"

569725



BOLETIM DE OCORRÊNCIA:

1432/19

DATA: 11/09/2019

HORA: 15:08hs

ATENDENTE: WENDEL FERNANDES SOARES

DELEGADO (A) TITULAR:

CID GUIMARÃES DA SILVA

DATA: 04/09/2019

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

HORA: 16:10hs

LOCAL: AV. AYRTON SENA EM FRENTE A CAIXA ECONÔMICA FEDERAL RORAINÓPOLIS.

DADOS DA VÍTIMA

NOME: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

RG: 3176037 SSP/RR

CPF: 930.914.782-20

DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1989

IDADE: 29, ANOS

SEXO: MASCULINO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CIDADE:

UF:

PAI: JOAQUIM JOSÉ DE SOUSA

MÃE: PEDRA LIRA DE SOUSA

GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENDEREÇO: RUA-ARARA AZUL N°30, PARQUE AMAZONIA RORAINÓPOLIS.

TELEFONE 95 99143-4659

REFERÊNCIA

CÓDIGO

1001/1003

INFRAÇÃO

TRÂNSITO

DESCRÍÇÃO

BREVE RELATO DO FATO

ACI.TRÂ.LES.COR.DAN.MAT

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que trafegava na Av. Ayrton Sena sentido bairro centro conduzindo uma motocicleta HONDA/CG 160 TITAN EX 2016, RENAVAM-01113698079, Chassis:9C2KC2210HR007284, COR PRETA PLACA NAR-1143 RR, em nome de SHEILA GONÇALVES DA SILVA, relata que estava a sua frente uma motocicleta HONDA/CG 125 CARGO ES 2013, COR BRANCA RENAVAM-0049705400, Chassis:9C2JC4140DR500508, PLACA NUI-3849 RR em nome de DISK GAS E ÁGUA LTDA EPP, conduzida por um indivíduo identificado por JAIZINHO, que puxava uma carrocinha, relata que repentinamente a carrocinha que a motocicleta a sua frente estava puxando se soltou vindo de encontro com a motocicleta do comunicante que não teve como frear a tempo pois estava próximo vindo a colidir na motocicleta causando lesão corporal grave no comunicante resultando na queda, que o comunicante foi socorrido por uma VTR da Policia Civil que passava no momento do sinistro e deu socorro ao mesmo que foi encaminhado ao PSE local para procedimentos médicos.

Registrasse para fins de seguro DPVAT.

E o que tem a relatar.

Tabelionato de Notas e Protestos do Juiz de Direito
TIQUETA NO VERSO ➔


 WENDEL FERNANDES SOARES
 AGENTE DE POLÍCIA


 VANDERLEI LIRA DE SOUSA
 COMUNICANTE

DESPACHO

- Fato atípico, arquive-se. Intimar Comunicante Ao S. I. para providências
 Intimar as partes Aguardar audiência Aguardar novos fatos ou representação
 Elabore-se _____ Art(s) _____
 Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
 Intimado para dia _____ / _____ / _____ as _____ : _____ Delegado(a) de Policia Civil
 Testemunhas: _____
 Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
 Data _____ / _____ / _____ Horário: _____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúncia caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01383-8

CONTA: 00000822046-8

Nr. Autenticação

BRADESCO0901202005000000000237013830000082204694500 PAGO



**RORAIMA
ENERGIA**

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

Para conteúdos
com mais informações
entre em contato com o
número

SEU CÓDIGO
0146207-5

Nº da Nota Fiscal 003371460

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

JULHO/2019 16/08/2019 161 143,94

EDIMAURA SOUSA DE PAIVA
R. A 0350 QD 32 LOTE 31 NOVO HORIZONTE
CPF: 00000980074320
CEP: 69.373-000 - RORAIMA/RS

ROT: 518.069.18.16.025650

DADOS DA LEITURA:		DATA:	ROT:
Atual:	4328		518.069.18.16.02565
Anterior:	4167		
Constante de Multiplicação:	1.000		
Consumo Médio:	161		
Consumo Faturado:	161	FCAM	

NORMAL		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				32	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses		
RESIDENCIAL	HONO	160006884		1,1,1,1			
HISTÓRICO CONSUMO		DETALHAMENTO DA CONTA					
Médiano consumo		CONSUMO	161 A R\$ 0,764602 =			123,10	
JUN/19	144	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)				20,84	
MAI/19	115						
ABR/19	138						
MAR/19	126						
FEV/19	123						
JAN/19	148						
DEZ/18	148						
NOV/18	150						
OUT/18	168						
SET/18	136						
FEV/19 20% TRIBUTO:							
0 R\$ 101 - 0,534520							

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08007019128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA DOTAÇÃO		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES	
Distribuição:	31,63	Base de Cálculo:	123,10
Energia:	67,07	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	20,92
Encargos:	3,48	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	20,92	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDAD

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00

05/2019 0.00



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

Ligada em você

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4005360

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882, LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 11/2019	PERÍODO DE CONSUMO 14-OCT-19 a 11-NOV-19
CONSUMO (kWh) 469	VENCIMENTO 01-DEC-19	TOTAL A PAGAR R\$ 955,07

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

1040650

MÊS

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 955,07

836800000090.550700750007.000000001040.065011190058



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12. O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12.

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Francisca Sousa do Nascimento

Pelo exposto, eu

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Vanderlei Lira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 930.914.782 / 10,

do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo Permanente da Vítima Vanderlei Lira de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 930.914.782 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

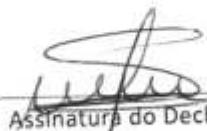
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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:	Rua: Capella, LT: 403	Número:	882	Complemento:
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado: RR CEP: 69.317-492
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com			Tel.(DDD): (95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR, 17 de dezembro de 2019.



Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Sheila Gonçalves da Silva,

RG nº 352850-2, data de expedição 30/10/2006

Órgão Itaituba - PA, portador do CPF nº 010.894.662-26

com domicílio na cidade de Rorainópolis, no Estado de Roraima

Rua Amazônia - Campolandia 511, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 511

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Vanderlei Lira de Souza, cujo o condutor era

Vanderlei Lira de Souza

Veículo: moto Modelo: Honda /CG 160 Titânium Ano: 2016

Placa: NAR 1143 Chassi: 9C2KC2210H R007284

Data do Acidente: 04/09/19

Local e Data:

Rorainópolis 18/09/2019

Assinatura do Declarante

Sheila Gonçalves da Silva

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



CARTÓRIO

DE NOTAS, PROTESTOS

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA de: (1)VANDERLEI LIRA
DE SOUSA, (2)SHEILA GONÇALVES DA SILVA
Rorainópolis, 18 de setembro de 2019. Emolumentos: R\$ 6,20 +
selo: R\$ 0,00 – Total: R\$ 6,20

ROSELENE GOMES DE LIMA - Escrivente Autorizada

-VALIDO SOMENTE DENTRO DA SEDE DA CARTÓRIO-