

Ficha de Encaminhamento

Unidade de origem: _____

Parasitos que se desenvolvem pelo trato
do intestino grosso / fibras / fibras digestivas.

Contra referência para:

Dr. Carolyn S. Blanchett
Nurse
1-800-833-1155

Assinatura/Carimbo médico

RA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
XO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. PARCISTO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 192522 Atd: Nao Regul
Data: 22/12/2018
Hora: 22:14:34
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS S
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Num. Prontuario: 2018.12.002730

CNS: 700003337483806 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 993599071

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 18/07/1993 Id: 25 ano(s)

End.: SITIO LAGOA DO PADRE, 3

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ATACAPU DO POZO UF: PB

Mae: MARIA LUZINETE DOS SANTOS

Pai: MANUEL FLOR DO REGO

R: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

1/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Endereço: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL SA ANDRADE

Orte utilizado: AMBULANCIA

ma de acidente por: NAO

na de violência por: NAO

uso Policial

TC: CRANIO

DATA: 22/12/18

Hora: 00:00

OLIA

Classificação de risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

SA:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispineia

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Obd:

O2:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

SIC: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

ixa Principal

ENTE COM FRATURA EXPOSTA EM VIO

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Paciente consciente, desorientado, Glasgow 13, vítima de atropelamento (SIC), com relato de injuria etica, apresentando 8 equimoses, hematomas faciais e sem hemorragia externa. Trauma de membros de fratura.

Diagnostico

Conduta

① Solicitar Rx +
Avaliação do ortopedista

Prescrição

Horario da Prescrição

Dr. José Pires Dutra Júnior

Dr. José Pires Dutra Júnior
MÉDICO
CRM-PB 10650

23/11/88 Dr. G. G. G.

Ed. G. G. G. G. G.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Q

23/11/88

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transfêrência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CASSIO PRECILIANO DO REGO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000040518-8

Nr. da Autenticação FF13218002ACA19E

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Boleto emite-se para a Agência via de conta.

Trabalhe a partir de 12h e pague até 18h. Não aceite boleto de empresa sem a N° 003.493.366



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 23.595.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE
CASSIO PECILIANO DO REGO
RIT LAGOA DO PADRE S/N
RIACHAO DO POÇO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1711588-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	29/10/2019	26	05/11/2019	R\$ 16,45

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/10/2019

Pagador: CASSIO PECILIANO DO REGO CNPJ/CPE: 114.287.724-80

SIT LAGOA DO PADRE S/N - AREA RURAL - RIACHAO DO POÇO / PB - CEP 00000-000

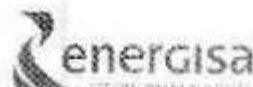
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
25249120008095910	001711588201910	05/11/2019	R\$ 16,45	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável por custos

Boleto para propiciar pagamento da conta telefônica de energia elétrica - Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / INSC-EST 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número

Nr Documento

Data Vencimento

Valor do Documento

Valor Pago

31502440007097707

001371069201910

28/10/2019

R\$ 183,53

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



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, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ:

455.536.024/91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cassio Príciliano do Rego

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.287.724/80

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Cassio Príciliano do Rego

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

114.287.724/80

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 Agente Fiscal José G. Duarte

Número:

157

Complemento:

Cidade:

Montalvânia

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

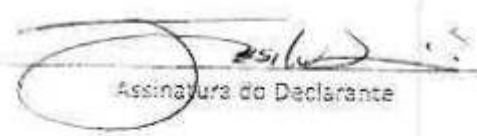
E-mail:

Tel. (DDD):

(83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB 06/11/19


Assinatura do Declarante

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: CASSIO P. DE REGO				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: Samy			1º Assistente: Carlos Rego	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fx Exp de fratura dos ossos da perna (D)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
Limpesza cirúrgica e/ou de 10L de sangue.					
Debridamento cirúrgico, montagem de fixação externa linear.					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 (X) Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob Ave-
Argasia e anti-sepsia

Incisão:

Ampliação do ferimento
debridamento e limpeza med

Achados:

Debridamento realizado e
comunicação do foco
pusuloso

Conduta:

Realização de OL SF0,9%
debridamento

Montagem de fixação
externa com alça.

Fechamento:

Fechamento primário
sem drenagem

OBS:

Data

23/12/18

Dr. Sonny Lima
Ortopedia e Trauma
CRM PB 83987 / TEC

MÉDICO/CR

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Doente deol sob sedação

Incisão:

Achados:

Conduta:

Relatório de F.G. com vídeo e
assessoria e acompanhamento + acompanhamento

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia Traumatologia
Oncologia Musculoesquelética
CRM: 62670/33005207-1-07 11797

Fechamento:

OBS:

Data: 03/01/19

MÉDICO/CR

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Castro Patrícia de Azevedo</u>		Data da Admissão: <u>22/12/10</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
QPD: <u>paciente e exames em curso</u>			
HDA: _____			
<u>Paciente internado em observação de triagem,</u> <u>sem sintomas mais graves com febre e fraqueza</u> <u>de peso.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ ☐ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectorção ☐ Hemoptise ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ ☐ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____ ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taip

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas: *la exorte de mas de pua*

Conduta: *De Novo Uterio*

Dr. Carlos Ricardo S. Soares
Otorrinolaringologista
CRM-PB 9293 / 1501 1546



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: CASSIO PRECILIANO DO REGO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 25ANOS	SEXO MASC	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO:
			Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO : 22-12-2018		DATA DE ALTA: 11-01-2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fratura dos Ossos da Perna				S.82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES				Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA				() CURADO ()	
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico COM PLACA E PARAFUSOS. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

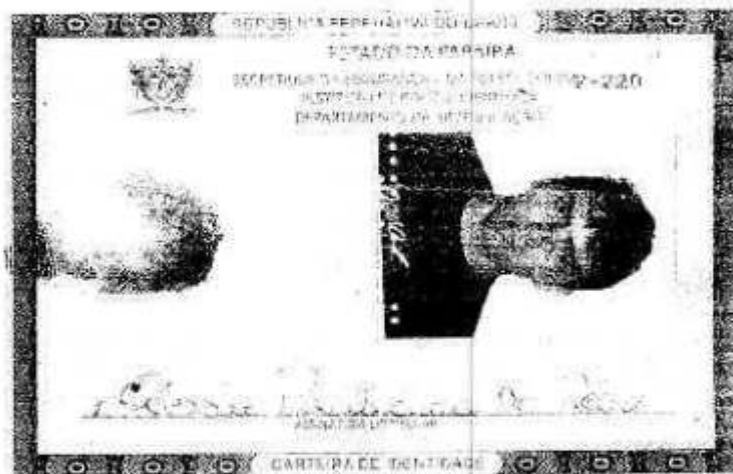
MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina 500mg, aine e analgésico

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. ROBERTO SANTOS

Dr. Felipe B...
Médico R...



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.102.443 DATA DE EMISSÃO: 27/05/2012

NOME: CASSIO PRECILIANO DO REGO

FILIAÇÃO: ANOEL FLOR DO REGO
LUZINETE PRECILIANO DOS SANTOS

NATURALIDADE: SAEZ - PB DATA NASCIMENTO: 18/07/1993

DOC. ORIGEM: NASC. N. 1095 FLS. 274 LIV. A-01
CARTÓRIO RIACHÃO DO POÇO - PB

CPF: 114.287.724-80

JOÃO PESSOA - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 114.287.724-80

Nome: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Nascimento: 18/07/1993

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626597 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 2,7.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS 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 MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626597 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 2,7.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS 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 MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Cassio Preciliano do Rego, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Sélio Lagea de Paiva nº 511, bairro Área Rural, Município de Riachão do Poço, Estado de(o) PA, Cep: 53.248-000, portador(a) do Rg nº 105.443, SSP/PA e CPF nº 134.287.724-80

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Costa Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.056-384, portador(a) do RG nº 1054362, SSP/PA e CPF nº 455.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cassio Preciliano do Rego, ocorrido em 22/02/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imvalidez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Riachão do Poço de março de 2019.

x. Cassio Preciliano do Rego
Outorgante
CPF Nº 134.287.724-80

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DE REG. CIVIL E TABELIONATO
Rua Patrício A. Souza, 18, Riachão do Poço - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
CASSIO PRECILIANO DO REGO
Dou fé. Riachão do Poço/PB - 08/03/2019
Tabelião Bel. Auarito Ferreira Constâncio
Selo Digital: AIG93198-PR5P
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$11,38 Fcpen R\$0,27 MP R\$0,18 Fcpi R\$1,73



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390654/19

Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO

CPF: 114.287.724-80

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 22/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CASSIO PRECILIANO DO REGO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

CASSIO PRECILIANO DO REGO : 114.287.724-80

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: 07/11/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626597

Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CASSIO PRECILIANO DO REGO

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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626597

Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CASSIO PRECILIANO DO REGO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000040518-8

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, retorne 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 314.287.724-80 4 - Nome completo da vítima: Cassio Preciliano da Rego

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

5 - Nome completo: Cassio Preciliano da Rego 6 - CPF: 314.287.724-80
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Sítio Lagoa da Padre 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Riachão do Poço 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

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:
☒ RECUSO 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0922 CONTA: 40518 8 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro(v)al(nascer)? ☐ 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 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ALFA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0121

OUVIDORIA 0800 725 7471

301-847716664-0

28/01/2019

DI: 13.017658-3

DEALIDADE: SAPE

G. VINCULADA: 0922

CONFIRMAÇÃO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM BLOQUEIO

0922 013 00040516-0

CASSIO PREC DO REGO

LOR

:

10,00

PROVISO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

301-847716664-0

TA

Indice - não tinha conhecimento,
nao na agência, apelar
05.11.19



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Interfundiário Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12675.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12675.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:02 horas do dia 01 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Cássio Preciliano do Rêgo**, CPF nº 114.287.724-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Luzinete Preciliano dos Santos e Manoel Flôr do Rêgo, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 18/07/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio do Lagoa Od Padre, Nº S/N, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Balneário Água Doce, na cidade de Riachão do Poço/PB, telefone (s) para contato (83) 99346-6144.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Boa Vista, Zona Rural, Próximo a Usina São João, Sapé/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 22/12/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

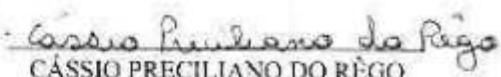
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 22/12/2018, POR VOLTA DAS 15H30MIN, VINHA A PÉ, EM FRENTE A ENTRADA DA USINA SÃO JOÃO, PRÓXIMO AO SÍTIO BOA VISTA, NO MUNICÍPIO DE SAPÉ, QUANDO FOI VÍTIMA DE ATROPELADO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA, POIS O CONDUTOR, SE EVADIU-SE DO LOCAL DO LOCAL, SENDO SOCORRIDO POR VEÍCULO PARTICULAR PARA O HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE, EM SAPÉ, SENDO TRANSFERIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY, APRESENTANDO TRAUMA EM OSSOS DA PERNA DIREITA, ONDE FOI SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MÉDICA E EXAME DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA 10/01/2019, COM ALTA MÉDICA DIA 11/01/2019, DE ACORDO COM A CERTIDÃO DE Nº 0568/2019, ASSINADA PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883.

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

João Pessoa/PB, 01 de novembro de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


CÁSSIO PRECILIANO DO RÊGO
Noticiante



Procedimento Policial: 12675.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 314.287.724-80 4 - Nome completo da vítima: Cassio Preciliano da Rego

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

5 - Nome completo: Cassio Preciliano da Rego 6 - CPF: 314.287.724-80
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Sítio Lagoa da Padre 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Riachão do Poço 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

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:
☒ RECUSO 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0922 CONTA: 40518 8 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vulgarmente)? ☐ 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 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ALFA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0121

OUVIDORIA 0800 725 7471

301-847716664-0

28/01/2019

DI: 13.017658-3

DEALIDADE: SAPE

G. VINCULADA: 0922

CONFIRMAÇÃO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM BLOQUEIO

0922 013 00040516-0

CASSIO PREC DO REGO

LOR

:

10,00

PROVISO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

301-847716664-0

TA

Indice - não tinha conhecimento,
nao na agência, apelar
05.11.19