



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Fabiano Moura de Araujo, absolutamente incapaz, nascido(a) em 20/10/2005, neste ato representado(a) por seu(sua) genitor(a) **Sr(a).** Francisco Antonio Ferreira Jacauna, brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: apicultor, portador(a) do RG nº. 52.699.652 -3 expedido por SSPSP, CPF nº. 741.870.653-15, nascido(a) em 08/01/1976, residente e domiciliado(a)no(a) sítio lupiolo, Bairro: Aquidinho, município de: Tamboril – CE.

OUTORGADA:

ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro, Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús-Ce., 30 de Setembro de 2019.

Francisco Antonio Ferreira Jacauna
Representante Legal do(a) Outorgante



End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, José Fabiano Moura de Araujo, absolutamente incapaz, nascido(a) em 20/10/2005, neste ato representado(a) por seu(sua) genitor(a) Sr(a). Francisco Antonio Ferreira Jacarua, brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: Agricultor, portador(a) do RG nº. 52.699.652-3 expedido por SSP/BA, CPF nº. 711.870.653-15, nascido(a) em 08/01/1976, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cupido, Bairro: Acudinho, município de: Tamboril – CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús (CE), 30 de Setembro de 2019.

Francisco Antonio Ferreira Jacarua
Representante Legal do(a) Declarante



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE TAMBORIL
CARTÓRIO SALES – PRIMEIRO OFÍCIO

Maria da Conceição Araújo Rangel - (Substituta Resp. pela Titularidade)
Rua Santos Dumont s/n – Centro – Tamboril – Ceará
Fone: 0xx (88) 617.11.14 - CNPJ: 06.586.366/0001- 70 CEP: 63.750.000
E mail:cartoriosales@hotmail.com

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 151, do Livro A-51, sob N.º13.420, de Registro de Nascimento, foi lavrado o assento de JOSÉ FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA, nascido(a) aos 20 (vinte) de outubro de 2005 (dois mil e cinco), em Tamboril - Ceará, no Hospital Regional, às 11:45 (onze horas e quarenta e cinco minutos), do sexo masculino, de cor parda, filha(o) de Francisco Antonio Ferreira Jacauna e de Juraci Moreira de Araujo Jacauna, sendo avós paternos José Jacauna e Maria da Conceição Ferreira e avós maternos Joaquim Venceslau de Araujo e Maria Moreira de Araujo. Foi (ram) declarante(s): de Francisco Antonio Ferreira Jacauna. O assento foi lavrado em 20/10/2005. Foram dispensadas as testemunhas na forma da Lei n.º 9.997, de 17/08/2000. Pub. no DO de 18/08/2000.

OBSERVAÇÃO:

O referido é verdade e dou fé.
Tamboril, 20 de outubro de 2005.


Escrevente Substituta Resp. p/ Titularidade do 1.º Ofício

Válido somente com o selo de autenticidade



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

8000-2

PROIBIDO PLASTIFICAR




Francisco Antonio Ferreira Jacauna

8478-01/1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

52.699.652-3 DATA DE EMISSÃO 07/MAR/2008

FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

PLACAO JOSE JACAUNA

E MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA

TAMBORIL -CE DATA DE NASCIMENTO 08/JAN/1976

TAMBORIL-CE

TAMBORIL

CC:LV.B021/FLS.180V/N.001834

LEI N° 7.116 DE 2008/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
711.870.653-15

Nome
FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA

Nascimento
08/01/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Fabiano Moreira de Azevedo, absolutamente incapaz, nascido(a) em 20/10/2005, neste ato representado(a) por seu(sua) genitor(a) Sr(a). Francisco Antonio Ferreira Tocauna, brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: Agricultor, portador(a) do RG nº. 52.699.652.3 expedido por SSP/SP, CPF nº. 711.870.653-15, nascido(a) em 08/01/1976, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Oupido, Bairro: Aquidino, município de: Tomboril – CE, **DECLARO** que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús (CE), 30 de Setembro de 2019.

Francisco Antonio Ferreira Tocauna
Representante Legal do(a) Declarante.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **567565174**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
8817419 DV **0**

VENCIMENTO
10/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
48,44

DESCRIÇÃO DA CONTA

DADOS DO CLIENTE

Rota 38 039103 02 010800 Medidor Poste
Nome JURACI MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA 23632192 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST CUPIDO 00000 ACUDINHO TAMBORIL 63750000

RG / CPF / CNPJ 012.293.803-88

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
7091	7005	1	86	0	86

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
26/03/2019	25/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5B1F.85B0.FAFE.5B38.BE55.8661.3867.F87C

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

0,70
26,12

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

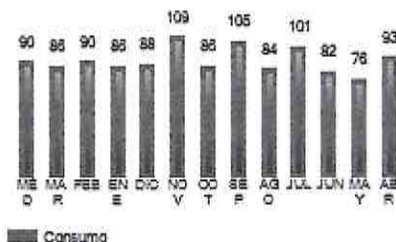
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 9,72

Conjunto MONSENHOR TABOSA

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8817419-0** Nº da Nota Fiscal: **567565174** Total a Pagar (R\$): **48,44**
Data de Emissão: **10/04/2019** Referência: **MAR/2019** Nº de Controle: **0008817419 00016 4317 2 20**

83850000000-8 48440031000-3 00088174190-6 00164317287-2



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/10/2019 às 15:04, sob o número 00300819820198060170. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0030081-98.2019.8.06.0170 e código 546220B.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

fls. 14

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 556 - 387 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/05/2018 15:34:17**
Data / Hora da Ocorrência: **11/01/2018 20:35:00**
Endereço da Ocorrência: **VILA BELÉM**
Complemento: **AÇUDINHO**
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CUPIDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA**
Nascimento: **20/10/2005** CPF: _____
REGISTRO CIVIL: **13420** Orgão Emissor: _____ UF: _____
Filiação: **JURACI MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA**
FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA
Endereço: **VILA BELÉM AÇUDINHO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9280-1239**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCP2708** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi: **9C2KC1670BR361452** Renavam: **388692383** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MANOEL GOMES DE SOUSA FILHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Está acompanhado neste ato pelo genitor FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA; QUE estava na garupa da moto acima cadastrada sendo conduzida pela pessoa de MANOEL GOMES DE SOUSA FILHO quando a moto derrapou e ambos vieram a cair; QUE após terem caído, subiram novamente no veículo e a vítima foi pra casa; QUE mais tarde no mesmo dia a vítima sentiu dor e foi levado pelo tio para o hospital público de Tamboril, sendo depois transferido para o hospital de Crateús; QUE está com o intermediário ANDREOS, de Crateús.

TESTEMUNHA MANOEL GOMES DE SOUSA FILHO(CPF 01826940383) - morador da rua Vicente Alves do Vale, nº 100, Tamboril; QUE é amigo do pai da vítima e condutor do veículo envolvido no acidente; QUE estava na estrada carroçal em alta velocidade, 80km/h e perdeu o controle do veículo, vindo a cair; QUE chamou conhecido para dar assistência e levou a vítima para a sua residência, no Açudinho.

TESTEMUNHA ANTONIO FERREIRA JACAUNA(CPF 19467050803) - morador do Sítio Cupido, Açudinho, Tamboril; QUE é tio da vítima e estava em casa no momento do acidente; QUE soube do acidente através de terceiros, não indo ao local do acidente ou no hospital.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

fls. 15



BOLETIM DE Ocorrência Nº 556 - 387 / 2018

QUE está ciente de que o Art. 3º, §3º da Lei 6.194/1974 prevê que as despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas em NENHUMA hipótese poderão ser reembolsadas quando o atendimento for realizado pelo SUS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Camila Alves

CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

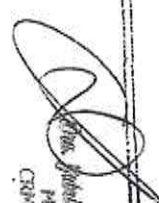
Thiago Rezende Tatagiba

VISTO DO DELEGADO(A) :

Thiago Rezende Tatagiba
Delegado de Polícia
Mat: 301.238-3-2

THIAGO REZENDE TATAGIBA - MAT.: 30123832

X Francisco Antonio Teodoro Jarauna

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO		Nº:
Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE		
HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL		Hora: 20:35 DATA: 11/10/19
Crescimento com felicidade		Nº SUS: 888004202710322
		
IDENTIFICAÇÃO:		
NOME: <u>Sone Fabiano Atenciana de Araújo</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>11/10/19</u>	IDADE: <u>12</u>
Nº DO DOCUMENTO: <u>13420</u>	ÓRGÃO EMISSOR: <u>151</u>	
C.N.: <u>13420</u> FLS.: <u>151</u> LIVRO: <u>1-51</u>	DATA DE EMISSÃO: <u>20/11/10</u>	CARTÓRIO: <u>2465</u>
NATURALIDADE: <u>Tamboril</u>	PROFISSÃO: <u>Estudante</u>	DATA DO NASC.: <u>20/10/05</u>
EST. CIVIL: <u>M</u>	SEXO: <u>M</u>	TELEFONE: <u>98801235</u>
RAÇA/COR: <u>Belém</u>	ESCOLARIDADE: <u>12</u>	
ENDEREÇO: <u>Francisco Antônio Ferreira Sacramento</u>		
FILIAÇÃO: <u>Sone Fabiano Atenciana de Araújo Sacramento</u>		
QUEIXA PRINCIPAL: <u>Refluxo e dor abdominal em umbigo, com vômito por</u>		
HISTÓRIA ATUAL: <u>há 03 meses</u>		
DIAGNÓSTICO: <u>Refluxo gastroesofágico</u>		
CONDUTA: <u>Refluxo gastroesofágico</u>		
EXAMES SOLICITADOS:		
P.A.:		
TEMP.:		
PESO:		
		
Assinatura do Médico		
CRM 17355		
Ofício 0234776 - 1203 8.579-67		



Estado do Ceará
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para que torne com a 1ª via à Unidade de Origem

Unidade de Origem: _____ Município: _____
Distrito Sanitário: _____ Prontuário Nº _____
Nome: Yese Jobiano Menezes de Araújo
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento 20/10/05 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____
Filiação: Pai: _____ Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente sofreu acidente em moto, produzindo escoriações no membro direito e dificuldade em movimentar o membro.
Resultado de Exames: Radiografia mostra fratura de tíbia e fíbula (distal).

Consulta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica _____

Médica
CRM 17355

11/01/18
Data

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____

Unidade de Referência: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Prontuário Nº _____

Alta ____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐

Função _____

Data _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/01/2018 às 15:04, sob o número 003008198201800060170. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0030081-98/2018 e código 546220B.



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 12/01/2018 09:24

Página 1
v201700

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 131276	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA ✓	CNS 898004202710322	Guia de Autorização
Documento(s)	Certidão Nascimento: 13420	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	Idade 12 Ano(s)
Data de Nascimento 20/10/2005 ✓	Local TAMBORIL/CE	Mãe JURACI MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA ✓	UF CE	Telefone 88 92801239
Pai FRANCISCO ANTONIO FERREIRA JACAUNA	Bairro ZONA RURAL	CEP 63750-000	Município TAMBORIL	UF CE
Endereço CAMPO BELEM, SN	Empresa	Cônjuge	Município TAMBORIL	UF CE
Profissão MENOR	CPF do Responsável	Endereço CAMPO BELEM, SN	Município TAMBORIL	UF CE
Responsável JURACI MOREIRA DE ARAUJO JAC				

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/01/2018	Hora 09:23	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA		
Observação guia 12/01/2018	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Sala				

Sinais Vitais	Peso (kg) 40	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 114	R (rpm) 22	PA (mmHg) 100 x 70
---------------	-----------------	-------------	--------------	----------------	---------------	-----------------------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Spa 99
Cunha em luto
mel. tórax e abdô
em obs e obfuso
a x para x
função subclav
Cunha subclav

Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopedia
CRM: 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: JURACI MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/10/2019 às 15:04, sob o número 00300819820198060170. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0030081-98.2019.8.06.0170 e código 546220B.

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190506869 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOSE FABIANO MOREIRA DE ARAUJO JACAUNA
CPF/CNPJ: 71187065315

Posição em 30-09-2019 17:09:32

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/09/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50