

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

NOME: <u>Antônia Pereira Gomes</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>Viúva</u>	
PROFISSÃO: <u>Funerária</u>	C.P.F.: <u>841.571.193-04</u>	
ENDEREÇO COM CEP: <u>Rua João Batista 1 nº 66</u>		
BAIRRO: <u>Baraúna</u>	CIDADE: <u>Ilapagá</u>	U.F.: <u>CE</u>

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Ilapagá, 15 de dezembro de 2018

Antônia Pereira Gomes
OUTORGANTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL 2005005116092 NOME ANTONIA PEREIRA GOMES	DATA DE EXPEDIÇÃO 8/8/2005	ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
FILIAÇÃO JOSE RODRIGUES PEREIRA E MARIA GESSINA SOUSA PEREIRA	DATA DE NASCIMENTO 27/6/1959	POLEGAR DIREITO	
NATURALIDADE IRACUBA-CE BRAS. NATURALIZADO DEPTO. POL. FEDERAL DE O MIN. JUST. PORT. 3/0/0 CPF 17787	ASSINATURA DO DIRETOR	ASSINATURA DO TITULAR <i>Antonia Pereira Gomes</i>	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		CARTEIRA DE IDENTIDADE	

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

Assinatura
Antonia Pereira Gomes
ANTONIA PEREIRA GOMES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 11/04/98

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANTONIA PEREIRA GOMES

Nº de Inscrição
841571193-04

Data do Nascimento
27/06/59



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 465 - 589 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/05/2018 09:53:21**
Data / Hora da Ocorrência: **14/04/2018 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR-222**
Complemento:
Bairro:
Município: **ITAPEJÉ/CE**
Ponto de Referência: **ALTO DO SÃO CRISTÓVÃO**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIA PEREIRA GOMES**
Nascimento: **27/06/1959** CPF:
RG: **2005005116092** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA GESSINA SOUSA PEREIRA**
JOSE RODRIGUES PEREIRA
Endereço: **RUA VILA JOAO BATISTA, 66** CEP:
Bairro: **BARATEIRO**
Município: **ITAPEJÉ/CE** Telefone: **(85) 99411-5460**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCM1879** Uf: **CE** Município: **ITAPEJÉ** Chassi:
9C2HB0210CR011683 Renavam: **407911880** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2011**
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
ANTONIA PEREIRA GOMES Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
NORMAL

Histórico

NARRA A NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇOS A CIMA MENCIONADOS, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA QUALIFICADA, A QUAL ERA CONDUZIDA PELA LARISSA PEREIRA RODRIGUES FONTELLES, QUANDO AO DESVIAR DE UM VEICULO QUE VINHA EM DIREÇÃO CONTRÁRIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO CAIR AC SOLO: QUE A CONDUTORA DA MOTOCICLETA CONDUZIU A NOTICIANTE PARA O HOSPITAL LOCAL "FUSEC", E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA HOSPITAL ABELARDO GADELHA, EM CAUCAIA; QUE A NOTICIANTE SOFREU FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E VARIAS E ESCORIAÇÕES PELO O COR

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJÉ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

METUSALEM ROCHA BRANDÃO - MAT.: 133963

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*** Antonia pereira gomes**

VISTO DO DELEGADO(A):

ANDRÉ CICERO FIRMINO DA SILVA - MAT.: 30117

*** Larissa Pereira Rodrigues Fonteles.**

DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJÉ

Pág. 1 de 1

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUIZ DE AZEVEDO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 19/08/2020 às 17:11, sob o número 02463728020208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0246372-80.2020.8.06.0001 e código 715D5A1.

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE ITAPAJÉ
RUA DOM AURELIANO MATOS, 1819 - CENTRO - ITAPAJÉ/CE
CEP: 62.600-000 CNPJ: 07.544.786/0001-57
FONE/FAX: (0) 3346-0188/3346-1161/3346-1255
Site: WWW.SAAEITAPAJE.COM.BR

INSCRIÇÃO 0005058.4 CLASSE PAR TARIFA R-1 RES. 01 ECONOMIAS COM IND PÚB OUT 03/2018

HIDRÔMETRO 211995 INSTALAÇÃO 01/07/96 LOCALIZAÇÃO 00 00.04 0000015420 FATURA 180022623

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
ANTÔNIA PEREIRA GOMES
VILA JOAO BATISTA, 66 . BARATEIRO
CEP: 62 600-000 ITAPAJÉ-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	TARIFA DE AGUA	01/01	17,68
16	MULTA POR ATRASO - 01/2018	01/01	0,49

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR : 2398	07/02/18
ATUAL : 2406	06/03/18
CONSUMO : 08	DIAS: 27
LEITURISTA : 01	OCO: 00

MÉDIA: 6 m³

ULTIMOS CONSUMOS

SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
1	1	2	13	12	9	8

DÉBITO(S):
FEV/2018

VENCIMENTO 27/03/2018 **VALOR R\$** 18,17

CONFORME ABAIXO INFORMADO, EXISTE DÉBITO PARA COM
S E R V I Ç O SOLICITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO MESMO ATÉ
15/03/2018, QUANDO SERÁ EFETUADO O CORTE.
CASO JÁ TENHA EFETUADO O PAGAMENTO, DESCONSIDERE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Antônia Pereira Gomes, inscrito(a) no CPF número 841.571.393-04, Registro Geral de número 3005005116092, resido em propriedade localizada na Rua João Batista nº 66, na cidade de Itapagé, no estado de Ceará, onde moro desde —, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Itapagé - CE, 15 de dezembro de 2018.

Antônia Pereira Gomes

DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>Antônia Pereira Gomes</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>Viúva</u>	
PROFISSÃO: <u>Servidora Pública</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>24/06/1959</u>	
C.P.F.: <u>841.541.193-04</u>	R.G.: <u>2005005116092</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua São Batista Nº 66.</u>		
BAIRRO: <u>Barateiro</u>	CIDADE: <u>Itapagé</u>	U.F.: <u>CE</u>
C.E.P.: <u>62600-000</u>	FONE: <u>(85) 9941.5460</u>	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Itapagé - CE, 15 de dezembro de 2018.

Antônia Pereira Gomes
Declarante



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

SINAIS VITAIS				fls. 16
Horário:				
P.A.				
Temper:				
Peso:				
Estat.:				

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 18/04/18	Horário: 18:51	Paciente chegou:	☐ Andando	☐ Automóvel
			☐ Ambulância	☐ Outros
Paciente: Antônio Piquinha Gomes				
Nome da Mãe: Maria Geomina Sousa Piquinha				
Idade: 58	Sexo: F	Data de Nascimento: 27/06/59	Identidade: 2506005116098	Telefone p/ contato: 992381940
Endereço (Rua, nº): Rua Atila José Batista N66				
Bairro: Pimenteira	Cidade: Igaray	Estado: A	Nome do Funcionário SAME: CUB	

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTOS
		Clinica Médica
		Clinica Pediátrica
		Clinica Cirúrgica
		Clinica Obstetrícia
		Traumato / Ortopedia

História Clínica:

Paciente com queixa de dor no abd. 16/04/18

dores fortes, em cólicas.

3 dias de duração (24h)

Woundcare, presença de MIB.

Sem sinais de TEP/TVP

RX abd. 16/04/18 Ex. normal

Diagnóstico:

Fratura de costela costela esquerda (sem dor).

EXAMES SOLICITADOS

1) _____	3) _____
2) _____	4) _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
	1) Com ingurgitamento			

DESTINO DO PACIENTE

☐ Alta	☐ Transferência	☐ Óbito
-------------------------------	--	--------------------------------

DATA SAÍDA

HORA SAÍDA

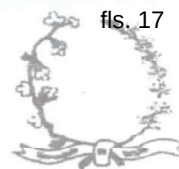
Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES



fls. 17

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIA / MÊS / ANO

1	4	0	4	1	8
---	---	---	---	---	---

REG

1	2	1
---	---	---

NOME DO PACIENTE

Antônia Pereira Gomes

IDADE

59

SEXO

F

DATA DE NASCIMENTO

2	7	0	6	5	9
---	---	---	---	---	---

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

Maria Gessina Sousa Pereira

ENDEREÇO

Rua João Batista 70

BAIRRO

Baratúna

MUNICÍPIO

Itapaje

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO: ___ KG TEMPERATURA: ___ °C PRESSÃO ARTERIAL: ___ mmHg GLICEMIA: ___ mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T. (EXAMES COMPLEMENTARES)

DESTINO

RESIDÊNCIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

RESIDÊNCIA

☐

RECUSOU INTER.

☐

LEITO OBSER.

☐

REFERÊNCIA

☐

Assinatura

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CÓD. DO PROCEDIMENTO

Dr. Leonardo
Médico
CRM 18.177

ASSINATURA DO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS
FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher com letra legível.
2. Preencher esta ficha em 3 vias.
3. Ao terminar a consulta, ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

fls. 18

Unidade de Origem: H/M 9.1.6
Distrito Sanitário: 2º Distrito de Saúde
Nome: Outa Lorenzina Prontuário N°: _____
Sexo M () F () Data de Nascimento 27.06.199 Ocupação: _____
Pai: _____ Mãe: _____
Endereço: Vol. João Batista Bairro: _____ Fone: _____
Agente de saúde: _____ RLP: _____ N° Solicitado: _____

Motivo do Encaminhamento: Pl. Dgna grande - fratura pl. de
do
Exames solicitados e resultados: Fratura grande da tíbia - 30°
de joelho
Medicamentos utilizados: _____
Impressão Diagnóstica: Fratura pl. de tíbia
Assinatura do Encaminhamento - N° do Registro: _____ Função: Médico Data: 1.09.2015 Hora: _____

Encaminhamento para atendimento: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXILIO DIAGNÓSTICO ☐
Procedimento: Medicamento Profissional: Francisco de
Unidade de Referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Prontuário N°: _____ Alta: 1/1
Município: _____

RESUMO CLÍNICO - CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO - Principal: _____ C.I.D. _____
Secundário 1: _____ C.I.D. _____
Secundário 2: _____ C.I.D. _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O problema Justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()

Assinatura do Consultante - N° do Registro: _____ Função: _____ Data: _____

(*) Utilizar também como resumo de alta



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: ANTONIA PEREIRA GOMES

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **14/04/2018**. **SOFREU FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL A ESQUERDA**. PACIENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 60 DIAS, SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM **DOR, EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO**. **APRESENTA, AINDA, DÉFICIT DE FORÇA E INCAPACIDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**.

DATA 17/08/18

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM 10184
TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 07.683.956/0001-84

RECEITUÁRIO

Ita Pereira Lima

UNIDADE DE SAÚDE: _____

gestos
fev 20-30
a. velho

17 APR 2018

ITAPAJÉ: _____

RECEITUÁRIO

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

IDADE: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____

Rx da velha (E)
ps/r

cl gene

17 APR 2018

ITAPAJÉ: _____



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 07.683.956/0001-84

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Srt^a Pereira Gomes
ENDEREÇO: _____
IDADE: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____

Retorno
15-20 dias

Fatima de joelha

DR. JOSE PROTÁ
MÉDICO ORTODONTISTA
CRM 10.141

17 ABR 2018

ITAPAJÉ: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS



ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr. (a) Adenilson Luz de Azevedo
Ident. ou Registro

foi atendido (a) BARATEIRO
Clínica ou serviço

do Hospital Ambulatório
Hospital Ambulatório

no dia 9 / 5 / 18, às 16:35 Horas, necessitando de

10 (dez) dias de repouso, por motivo de doença.
por extenso

CID. 10 S 82.0

Assinatura do Paciente ou Responsável

DRª CONSUELA LACERDA
RMS-2301133
CPF 083.881.731-31

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo contendo Nome Completo e Registro CRM/CRO)

NOTE _ Este Atestado é valido para finalidade prevista no art 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312, de 23/01/84 e será expedido para justificativa de 1 á 15 dias de afastamento do trabalho

GRÁFICA PLANETARTE (85) 9130.2661



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr. (a) Antônio Perreiros
Geane

Ident. ou Registro

foi atendido (a) Ortopedia
Clínica ou serviço

do _____
no dia 29, 05, 18 Hospital Ambulatório, às _____ Horas, necessitando de
45 quarenta e cinco dias de repouso, por motivo de doença.
por extensão

CID: 582.1

Assinatura do Paciente ou Responsável

29/05/18

Local e Data

Jose Frota
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 13246

Assinatura do Médico / Odontólogo

(Carimbo contendo Nome completo e Registro CRM/CRO)

NOTE _ Este atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312, de 23/01/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr. (a) Ante Perlene
Gomes _____
Ident. ou Registro

foi atendido (a) _____
do _____
no dia 17, 04, 18, às _____ Horas, necessitando de
14 (quatorze) dias de repouso, por motivo de doença.
CID: S82

Assinatura do Paciente ou Responsável

17/04/18

Local e Data

DE EDO JOSE FROTA
ORIENTADOR ORTODONTOLÓGICO
CRM 13248

17 ABR 2018

Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo contendo Nome completo e Registro CRM/CRO)

NOTE _ Este atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 de CLPS, aprovado pelo Decreto nº 89.312, de 23/01/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

SINISTRO 3180344064 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIA PEREIRA GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANTONIA PEREIRA GOMES

CPF/CNPJ: 84157119304

Posição em 19-08-2020 16:09:01

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/08/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50