

---

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2017

Carta nº: 10676198

A/C: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170146747 ASL-0094495/17

**Vitima:** MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

**Data Acidente:** 07/06/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2017

Carta nº: 10687578

A/C: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

**Sinistro:** 3170146747 ASL-0094495/17  
**Vítima:** MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES  
**Data Acidente:** 07/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

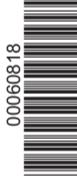
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2017

Carta nº: 10832403

A/C: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

**Sinistro:** 3170146747 ASL-0094495/17  
**Vítima:** MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES  
**Data Acidente:** 07/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta n°: 10953275

A/C: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Sinistro: 3170146747 ASL-0094495/17  
Vitima: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES  
Data Acidente: 07/06/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 000001272-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

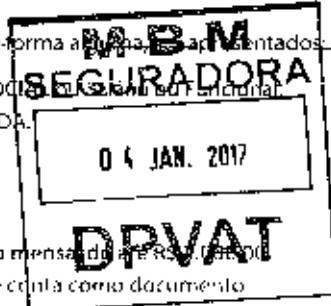
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria Silvani de Freitas Gonçalves, PORTADOR(A) DO RG Nº 055.711.171-4 EXPEDIDO POR Wetman, Ce EM 14/08/13 F CPF 067.916.359.342 /CNPJ 11.000.000-0000-00, PROFISSÃO modista E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A mim. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, tenha-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL (termos de funcionamento);
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POLIPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receitafazenda.gov.br](http://www.receitafazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3272-2

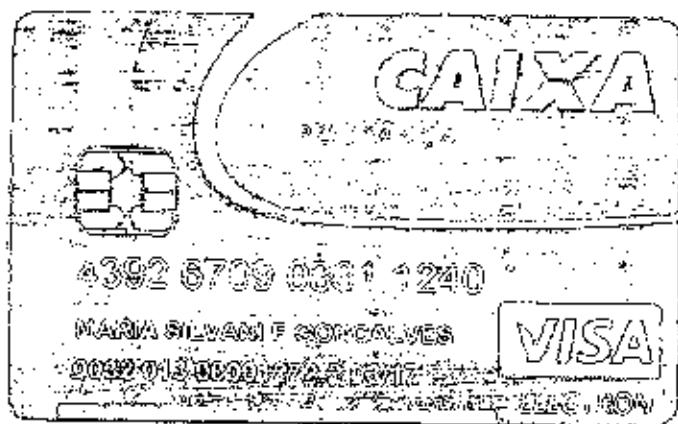
DECLARO QUÉ A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

gdonante.CE 27 de dezembro de 2016 Maria Silvani de F. Gonçalves  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvalseguradotransito.com.br](http://www.dpvalseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

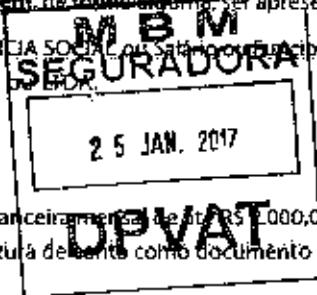
Maria Silvana de Freitas Gonçalves

PORTADOR(A) DO RG Nº ENH-055433-271-14 EXPEDIDO POR Pernambuco, EM 04 / 08 / 13 E  
 CPF 963.963.659-372 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO modista,  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Ricardo (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBÓLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Silvana de Freitas Gonçalves. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 415/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir Cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou PROFISSIONAL;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPPK;
- Conta estabelecida quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 N° da CONTA (com dígito, se existir) 3272-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Local e Data

de 2017

Maria Silvana de Freitas Gonçalves

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas/hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

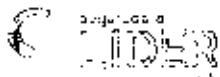
Emitente:	FABIANO DE MOURA RIBEIRO
Conta origem:	0032 / 001 / 00005811-7
Conta destino:	0032 / 013 / 00001272-2
Nome destinatário:	MARIA SILVANI FREITAS GONÇALVES
Valor:	
Data de débito:	24/01/2017
Data/hora da operação:	24/01/2017 17:18:56
Código da operação:	00291140
Chave de segurança:	M66UKK51NP9R5Z8Q

**Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.**

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CRÉDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO: 3170/024512

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar desconto no recebimento da indenização no banco.

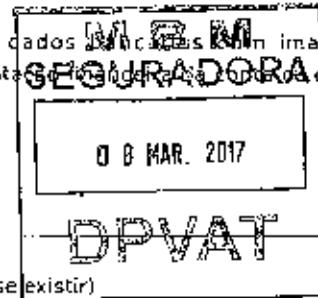
EU, MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES, PORTADOR(A) DO RG Nº CNH:05571117114 EXPEDIDO POR DETRAN-CE EXPEDIDO EM 14/08/2013 E CPF 967.963.593-72, PROFISSÃO **MODELISTA**, CUJA RENDA MENSAL NÃO QUIS INFORMAR (\*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados mencionados na imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira e cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº DO BANCO \_\_\_\_\_ Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº DA CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº DO BANCO 104 Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº DA CONTA (com dígito, se existir) 1272-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. DE NORTE-CE, 09 de Março de 2017 Maria Silvani de Freitas Goncalves  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

# CAIXA

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Enviante:	EADUAN MOURA RICER
Conta origem:	0932 / 001 / 00005811-7
Conta destino:	0932 / 013 / 00001272-2
Nome destinatário:	MARIA SILVANI FREITAS GONCALVES
Valor:	

Data de débito:	24/01/2017
Data/hora da operação:	24/01/2017 17:18:56

Código da operação:	00291140
Chave de segurança:	M66UKK51NP9RSZBQ

Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvilória: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Maria Silvani de Freitas Goncalves  
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida José Bezerra de Menezes, 722  
Pio XII Juazeiro do Norte CE CEP: 63020-294

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ MTE / CE ] 3301401

Data local do exame: [ 29/04/2017 ] Juazeiro do Norte [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**TRAUMA NO JOELHO E PÉ ESQUERDO.**

**MARCA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, IMOBILIZADA E LIBERADA. A PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA.**

Data da alta: OUTUBRO DE 2016.

**QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. MARCA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.**

Complicações: SEM.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MIE, PELA CREPITAÇÃO DO JOELHO E LIMITAÇÃO DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
André de Oliveira Leal  
CRM 16566



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA CIVIL

POLÍCIA CIVIL

DELEGAÇÃO REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE Ocorrência

P001\*

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 483 - 11416 / 2016

## Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 21/07/2016 15:57:37

Data / Hora da Ocorrência: 07/06/2016 17:30:00

Endereço da Ocorrência: RUA SÃO BERNARDO

Complemento: COM RUA SÃO PAULO

Bairro: CENTRO

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

Ponto de Referência:

## Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES

Nascimento: 07/03/1985 CPF: 967.963.583-72

RG: 2001034025064 Orgão Emissor: SSP

UF: CE

Filiação: JOCILIA DE FREITAS GONÇALVES

MANOEL GONÇALVES DE LIMA

Endereço: AVENIDA JOSE BEZERRA DA SILVA, 722

Bairro: PIÓ XII

CEP:

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

Telefone: (88) 99944-0221

## Dados do(s) Veículo(s)

1º Placa: NOU2282 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:

SGPKC39209R013568 Renavam: 126930040 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca:

Modelo: HONDA/CB 150 TITAN ES Ano Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2009

Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: MANOEL GONCALVES DE

LIMA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

## Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE/VITIMA QUE NA DATA ACIMA INFORMADOS ESTAVA PARADA NA ESQUINA, DO LADO ESQUERDO DA RUA, COM A MOTOCICLETA SUPRA DESCrita, QUANDO UM CARRO SIENA DE COR VERMELHA DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, AO FAZER A CONVERSÃO À ESQUERDA, ACABOU COLIDINDO LATERALMENTE COM A VITIMA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE NÃO PRESTOU SOCORRO; QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES E ENCAMINHADO PARA A UPA DE JUAZEIRO DO NORTE, SOFRENDO DOR EM PÉ ESQUERDO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE N° 39026, QUE APRESENTOU COPIAS DOS SEGUINtes DOCUMENTOS, OS QUAIS SÃO ANEXADOS AO BO: CNH, CRLV, RELATÓRIO MÉDICO DA UPA E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA. As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do noticiante.

Informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato imóvel é crime punível na forma da Lei (art. 338 e 340 do CPB).

**M.B.M.**  
**SEGURADORA**

08 MAR. 2017

PROSECUTA DELEGAÇÃO, DELEGACIA ALQUILER, DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Maria Julieta

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - M. 302474-1-0

**DPVAT**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Maria Julieta DE JUAZEIRO DO NORTE

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_

DELEGAÇÃO REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2

Digitado em 21/07/2016 05:04:34

ORIGINALS JA ENCONTRA - JÁ É NO Processo.



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, Maria Silvani de Freitas Gonçalves, portador da carteira de identidade nº 2301401 e inscrito no CPF/MF sob o nº 967 363 593 -72, residente e domiciliado na Dru José Bezerra da Silvani 722, Cidade Juazeiro, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Silvani de Freitas Gonçalves

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte CE, 27/12/16

Local e data





## **DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES, portador(a) do RG nº CNH:05571117214, expedido por DETRAN-CE, expedido em 14/08/2013 e inscrito no CPF sob o nº 567.953.593-72, residente e domiciliado à José Bezerra de Menezes, 722, Pio XII, CEP: 63.020-294, JUAZEIRO DO NORTE - CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei no 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



JUAZEIRO DO NORTE - CE 08.03.2017  
Local / Data

Maria Silvani de Freitas Gonçalves

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação



UPA 24h Juazeiro do Norte  
RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N  
JUAZEIRO DO NORTE



39026

CNPJ: 19.622.700/0001-46

Telefone: ( )

→ Data: 07/06/2016

Hora: 18:27

## Relatório Médico

### Paciente

Nome: 3588 MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES  
Segurado: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Nasc: 07/03/1985

Idade: 31

### Queixas do Paciente

ACIDENTE MOTOCICLISTICO. REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO. NEGA PERCA DE CONSCIENCIA

### Exame Físico

### Conclusão Diagnóstica

CID-10 R520

### Tratamento

RX E VOLTAREN

Alta



Comprovação do ato declaratório

→   
08/06/2017 17:06

LOUYSE SALES LANDIM CRUZ  
CRM: 17195 / CE

## Relatório Médico

### Paciente

Nº de CASO: MARIA SÉVERINA DE FREITAS GONÇALVES

Seguradora: MARIA SÉVERINA DE FREITAS GONÇALVES

Nasc: 07/03/1965

Idade: 31

### Queixas do Paciente

**ACIDENTE MOTOCICLISTICO REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.**

### Exame Físico

Conclusão Diagnóstica

CID-10 R520

### Tratamento

RX E VOLTAREN

Alta



Em provação do ato declaratório

→   
LOUYSE SALES LANDIM CRUZ

CRM: 17195 / CE



00167

Contato:

(88) 3572-0398

(88) 99779-2255

A Companhia de Fiação Elétrica  
foi criada pelo Decreto 10.300  
de 26 de abril de 2002.  
Companhia Energética do Ceará  
Av. Padre Valério, 150  
CEP 60135-040 - Fortaleza/CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 001038400-3

Copiar | Excluir

**6044569-6**Para aquela ou seu beneficiário, cuja fatura de conta  
sempre com entregar em comitê bancário.

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 001038400-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO-B | SÉRIE B-4 | N° 457776582**

Data de Emissão 16/12/2016

Rota 08 13900 26 114500 - 1

Nome MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES

End. Postal AV. JOSÉ BEZERRA 00722

PIO XI - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Posto 61000 0000

Medidor 1730926

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG / CPF / CNPJ 967963593-72

Nome do Responsável:

**DATAS**  
Mês de Referência Data da Apresentação | Previsão da Leitura

Dez/2016 16/12/2016 14/01/2017

**ICMS**

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

114,90 31,88% 36,41

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41

114,90 31,88% 36,41



\*0018\*

Contatos:

(88) 3572-0398

(88) 99779-2255

**6044569-6**

CEP 66300-000  
Av. Pedro Neves, 152  
Cidade Industrial  
CEP 66030-012  
Fone/Fax: 6623-0425

Centro Social

spm





**DECLARAÇÃO**  
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP é órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

<sup>2</sup> 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 8.613/93.

Pelo exposto, em Orlindo Oliveira da Silva, portador(a) do RG nº 1664317, expedido por SSP-AL em 16 / 07 /1996, CPF/CNPJ nº 030.026.784-30 na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maria Silvana de Freitas Gonçalves, inscrito de DPVAT da natureza UNIVALE da vítima Maria Silvana de Freitas Gonçalves, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Informar Renda Mensal: R\$ Recuso Informar

Documentos comprobatórios: Recuso Comprovar

  
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência do Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Orlando Oliveira da Silva, portador(a) do RG nº 1664317, expedido por SSP-AL, em 16 / 07 /1996, CPF/CNPJ nº 030.026.784-30, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maria Silvani de Freitas Gonçalves da vítima Maria Silvani de Freitas Gonçalves, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Informar Renda Mensal: R\$ Recuso Informar

Documentos comprobatórios: Recuso Comprovar

Orlando Oliveira da Silva  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

<b>M B M</b> <b>SEGURADORA</b>
08 MAR. 2017
<b>DPVAT</b>



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MANOEL GONÇALVES DE LIMA,

RG nº 1.282.519, data de expedição 20/10/78.

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 600.793-823-98 com domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

CORONEL RAUL, nº 200,

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 MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES, cujo o condutor era MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES

Veículo: MOTO

Modelo: BONDA CG 150 TITAN ES

Ano: 2009

Placa: MGU 2202

Chassi: 9C2KC15209R013569

Data do Acidente: 07-06-2016

Local e Data: RUA SÃO PAULO COM SÃO BERNARDO  
JUAZEIRO DO NORTE CE, 23/12/16

*Manoel Gonçalves de Lima*  
Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

*x Maria Silvani de Freitas Gonçalves*  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

(Sem reconhecimento de firma)

**CARTÓRIO PARIZ**

Reconhecido (POR AUTENTICOAMENTE) a firma de: **MANOEL GONÇALVES DE LIMA, DOU FÉ, Juaçá - Ceará, 23/12/2016.**

**Maxwell Pariz Xavier**

(EM 2.500,00 (R\$ 2.500,00)) (H) (S/0,05) (F) (0,52)

**DPVAT**

Nº CC-6348512

RECONHECIDO  
COM PROVA  
DE FATO  
Nº CC-6348512





0031\*

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MANOEL GONCALVES DE LIMA,  
RG nº 1.282.519, data de expedição 20/10/78,  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 600.793.823-98 com  
domicílio na cidade de JUAZINHO DO NORTE no estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) CORONEL RAIU, nº 200,

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 MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES cujo o condutor era MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES.

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA CG ISO TITAN EG  
Ano: 2009  
Placa: ABU 2202  
Chassi: 9C2KC1S2D9RD13569  
Data do Acidente: 04-06-2016  
Local e Data: RUA SAO PAULO COM SAO BERNARDO  
JUazeiro do Norte CE, 23/12/16

*Manoel Goncalves de Lima*

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

*x Maria Silvani de Freitas concepcion*

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

(Sem reconhecimento de firma)

**CARTÓRIO PÁRIZ**

Reconhecido (POM) MANOEL GONCALVES DE LIMA a Firma de: MANOEL GONCALVES DE LIMA, D.O.U. FE. Juazeiro do Norte-Ceará.  
23/12/2016

*Manoel Goncalves de Lima*

*Cartório Páriz Notariais*

*Enviado para o Correio em 23/12/2016*

**NOTA**

**NOTA**

**M B M**  
**SEGURADORA**

08 MAR. 2017

**DPVAT**



**UPA 24h Juazeiro do Norte**  
RUA CAPITÃO DOMÍNGOS, S/N  
JUAZEIRO DO NORTE



39026

CNPJ: 19.622.700/0001-46

Telefone: ( )

Data: 07/06/2016

Hora: 18:27

## Relatório Médico

### Paciente

Nome: 3588 MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES  
Segurado: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Nasc: 07/03/1985

Idade: 31

### Queixas do Paciente

ACIDENTE MOTOCICLISTICO. RÉFERE DOR EM PÉ ESQUERDO. NEGA PÉRCA DE CONSCIÊNCIA

### Exame Físico

### Conclusão Diagnóstica

CID-10 R520

### Tratamento

RX E VOLTAREN

Alta



Dr. Louise Sales Landim Cruz de Mello  
CRM-CE 17195

LOUYSE SALES LANDIM CRUZ  
CRM: 17195 / CE





39026

CNPJ: 09.623.700/0001-46

Telefone: 085 3222-1000

Data: 07/06/2016

Hora: 18:27

## Relatório Médico

## Paciente

Nome: 3688 MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Segurado: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Nasc: 07/03/1985

Idade: 31

## Queixas do Paciente

ACIDENTE MOTOCICLISTICO. REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO. NEGA PERCA DE CONSCIENCIA

## Exame Físico

## Conclusão Diagnóstica

CID-10 R520

## Tratamento

Alta

RX E VOLTAREN

Dr. Luyse Sales Landim Cruz de Mello  
  
 CRM/CE 17195

LOUYSE SALES LANDIM CRUZ  
 CRM: 17195 / CE



Dr. Joffrônio B. E. de Caldas  
Respecialização em Radiologia da Cintila e Correia - Maceió.  
Pós-Graduação (Residência Médica em Clínica Geral)

Relatório médico

A paciente Maria Siqueira  
de Freitas Gascópulos, 70 anos  
apresentou mal-estar no dia 07  
de Junho de 2016 que resultou  
num fracasso no joelho direito  
e na engelosidade. Reboleu  
e deformação, immobilizada  
com gesso e fracionado.  
A paciente teve o mal-estar  
dissimilado de 80% do seu  
funcionamento de joelho e pé jo-  
ngelos; evitou a sua de-  
stinada no dia 13/09/2016.

02/03/2017

Dr. Joffrônio B. E. de Caldas  
MÉDICO  
CREMEC: 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil  
Anexo Laboratório Vicanalise

(88) 3573.1469 / 0800.6791469 / 9 8829.6725 / 9 9689.5332





MAURICIO SILVEIRA DE FREITAS GONCALVES	
DOC. EMISSOR / ORGANIZADOR DE ESTUARIA - CESP - CE	EM 1967-06-21
NASCIMENTO DATA NACIMENTO 1967-06-21 07/03/1985	
PAIS: MARCELO GONCALVES DA LIMA JOCILIA DE FREITAS GONCALVES	
SEXO: MASCULINO	ETNIA: BRASILEIRO
ESTADO: CEARÁ	CATEGORIA: AT
PESO: 65,50000000	UNIDADE: KG
1º HABILITACAO 01/07/2012 13/08/2012	
SEN. CERTIFICACAO:	
<i>Foto Estimativa</i>	
LOCAL: FORTALEZA, CE	DATA EMISSAO: 14/08/2013
<i>for VJ - 2014</i>	
46224046916 43136813383	
819297454	

୩୧୮୨୯୭୬୫୪





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **967.963.593-72**

Nome da Pessoa Física: **MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES**

Data de Nascimento: **07/03/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/03/2001**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:06:54** do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília).

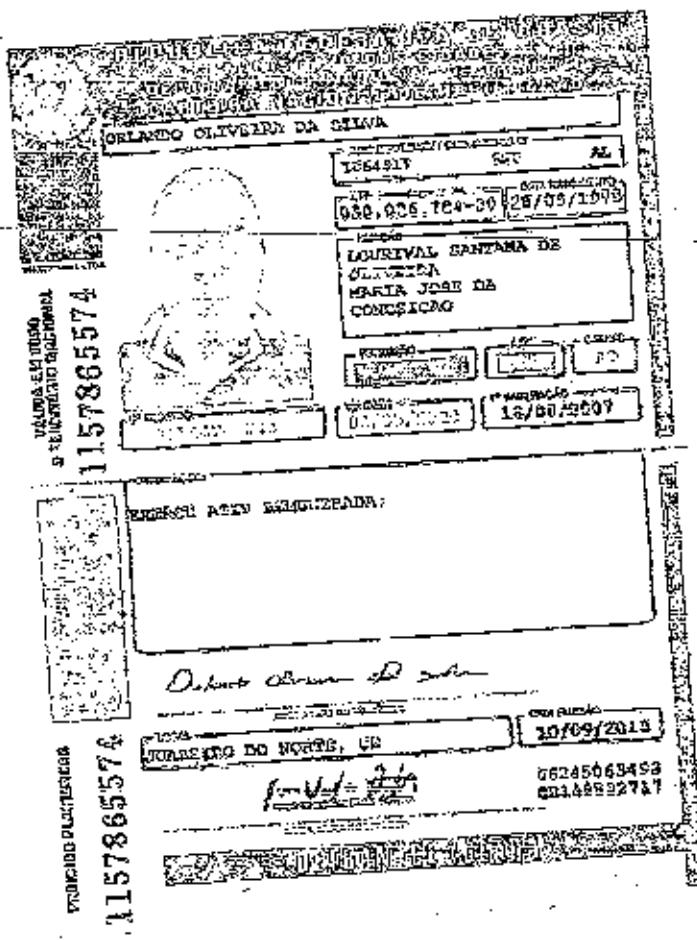
Código de controle do comprovante: **66C3.215F.6A33.AD09**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **030.026.784-30**

Nome da Pessoa Física: **ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **28/05/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/12/1996**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:13:01** do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **FC3D.BB05.D775.45EF**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1 548, de 13/02/2015.)





RECIBO DE PAGO DE PREMIOS DE VIDA

NOMBRE DEL SEGURO: **JOSE MIGUEL GOMEZ**

DNI: **3601063-923-73** FECHA: **03/03/2017**

DIRECCION: **AVENIDA 10 DE NOVIEMBRE 1200**

TELÉFONO DE CONTACTO: **3123456789**

FECHA DE NACIMIENTO: **13/09/1962**

ESTADO: **COLOMBIA**

ESTADO CIVIL: **SOLTERO**

FECHA DE EXPEDICIÓN: **03/03/2017**

FECHA DE EXPIRACIÓN: **03/03/2022**

ESTADO: **COLOMBIA**

ESTADO CIVIL: **SOLTERO**

FECHA DE EXPEDICIÓN: **03/03/2017**

FECHA DE EXPIRACIÓN: **03/03/2022**

**218297454**

**218297454**





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **967.963.593-72**

Nome da Pessoa Física: **MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES**

Data de Nascimento: **07/03/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/03/2001**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:06:54** do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília).

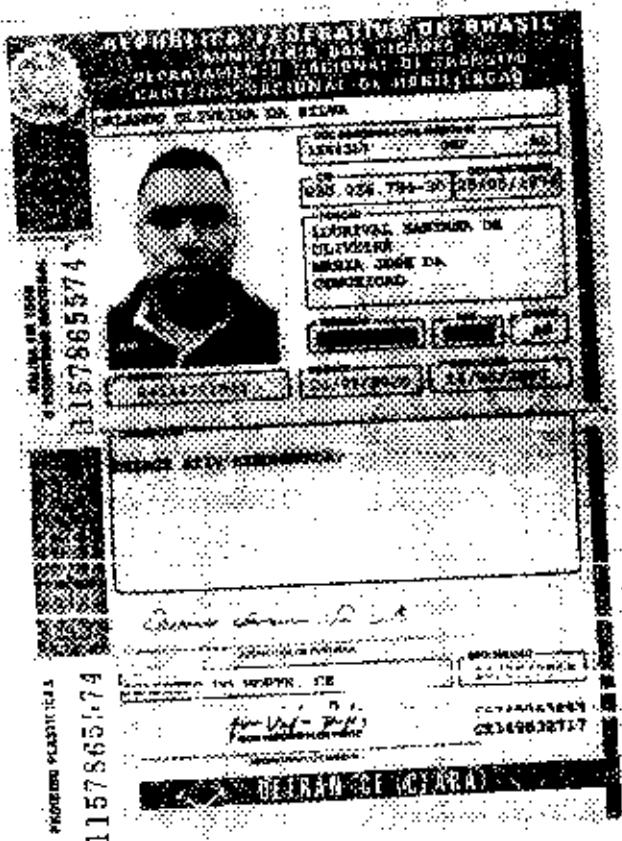
Código de controle do comprovante: **68C3.215F.6A33.AD09**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





תְּלִינוּןָה

1157855177





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CFF

Nº do CPF: **030.026.784-30**

Nome da Pessoa Física: **ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **28/05/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/12/1996**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:13:01** do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília)

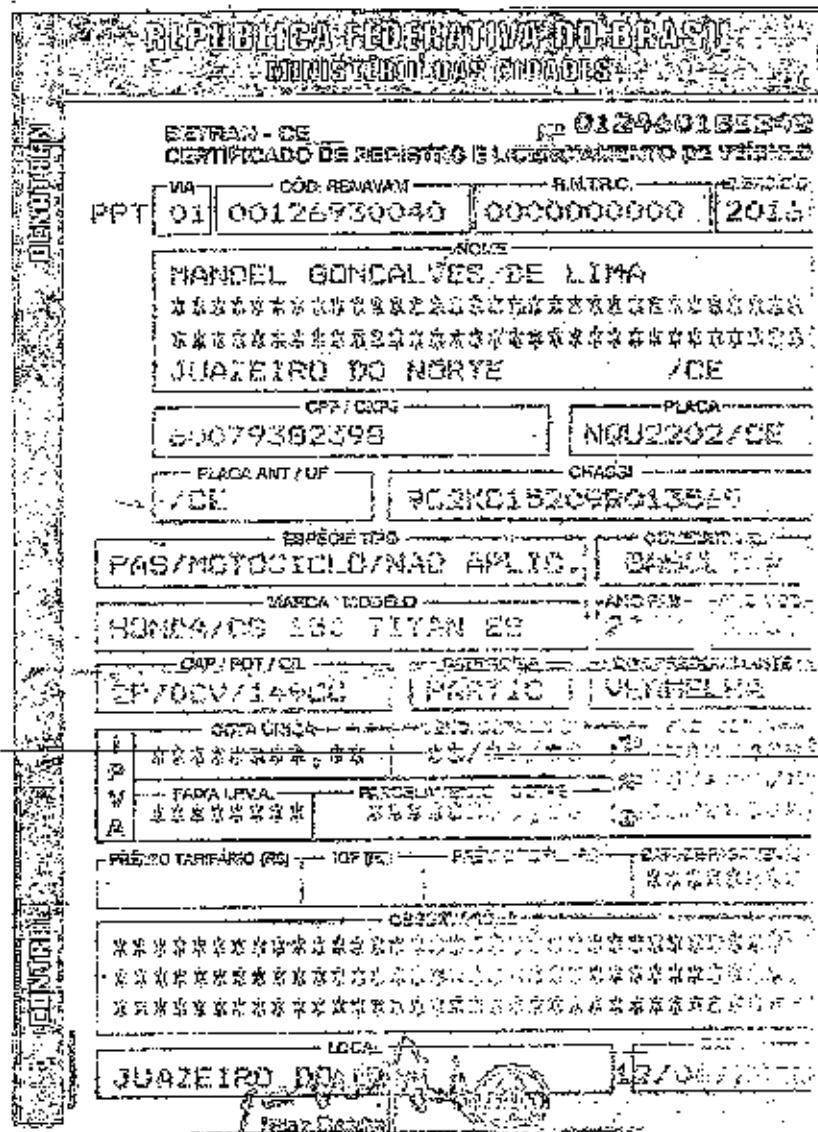
Código de controle do comprovante: **FC3D.BB05.D775.45EF**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





A horizontal strip containing a barcode and printed text. The text includes "ESTADOS UNIDOS MEXICANOS", "AUTOMOVILES DE MEXICO", "TRANSFORMACIONES", and "00007\*".

CE № 012450185342 DILMEST DE GORE AND DUVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEU NOVO EMPRÉSTIMO  
PARA NOSSAS INFORMAÇÕES, IRÁ NO VERSO  
AS COMOVIDADES DENTRAS DA CONCENTRAÇÃO  
[www.djyz.com.br/contratolinea.com.br](http://www.djyz.com.br/contratolinea.com.br)  
SUA EMPRESA DESEJA TEU SUCESSO

**EXERCÍCIO** DATA ENTRADA  
2014 2/04/2014

01	60079382398	NDU2202
RENAVAM		MARCA / MODELO
00126730040		HONDA/CB 150 TITAN E
ANO FAB.	07/2005	Nº CHASSI
2005	07	4G2K015209R013569

PRÉMIO TADIBÁRIO	
PMS (R\$)	DENATRAN (R\$)
129,94	14,34
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
4,35	14,34
CUSTO DO BILHÉTE (R\$)	TDP (R\$)
4,35	4,34
	COLASSENTO FUDI CESTA 55 292,01
VALORIZACAO	DIA DEQUITAÇÃO
100%	11/04/2016

**SEGURADORA LIDER - DIFVAT**  
www.seguradoralider.com.br  
Número: 0015E29013569 03307

**M B M**  
**SEGURADORA**

05 JAN. 2017

DPVAT

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170146747      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES      **Data do acidente:** 07/06/2016      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO E PÉ ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MIE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/04/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170146747      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES      **Data do acidente:** 07/06/2016      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/04/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura do joelho e pé à esquerda

**Resultados terapêuticos:** Submetido à tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170146747      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES      **Data do acidente:** 07/06/2016      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO E PÉ ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MIE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/04/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PROCURAÇÃO PARTICULAR



## OUTORGANTE:

Nome: Maria Silvana de Freitas Gonçalves, brasileiro(a), estado civil: Solteira  
Profissão: Modelista, portador(a) do RG 3201401 (CTB) órgao expedidor MTE  
e do CPF 961.963.593-2, residente no(a) Av. José Bezerra n.º 722  
nº 722, bairro: Ribeirão, município: Juazeiro do Norte / Ce.

## OUTORGADO:

Nome: Orlando Oliveira da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado  
Profissão: Recuso informar, portador(a) do RG 1664317, órgão expedidor SSP-AL  
e do CPF: 030.026.784-30, residente no(a) Av. Presidente Castelo Branco  
nº 2901, bairro: Limoeiro, município: Juazeiro do Norte / Ce.

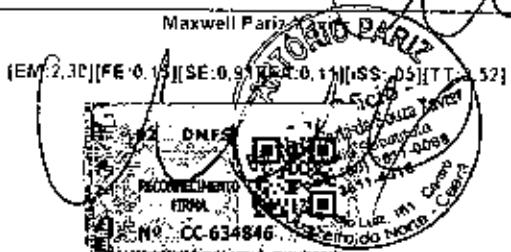
**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Maria Silvana de Freitas Gonçalves  
Local e Data: PIA SÃO PAULO com SAB Bernardo  
JUAZEIRO DO NORTE CE, 23/12/16

*12º Ofício* Maria Silvana de Freitas Gonçalves

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO PARIZ  
Reconhecido (POR AUTENTICIDADE) à Firma da: MARIA SILVANA DE FREITAS GONÇALVES DOU FE. Juazeiro do Norte - Ceará.  
23/12/2016.



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORANTE:

Nome: Maria Silvana de Freitas Gonçalves, brasileiro(a), estado civil: Solteira.  
Profissão: Mudancista, portador(a) do RG 3204401 (CIP), órgão expedidor MTE  
e do CPF 961.963.593-32, residente no(a) Av. José Bonifácio n° 322,  
nº 722, bairro: Ribeirão, município: Juazeiro do Norte/ce.

### OUTORGADO:

Nome: Orlando Oliveira da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado.  
Profissão: Recluso informar, portador(a) do RG 1664317, órgão expedidor SSP-AL  
e do CPF: 030.026.784-30, residente no(a) Av. Presidente Castelo Branco  
nº 2001, bairro: Linsmeiro, município: Juazeiro do Norte/ce.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto à esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Maria Silvana de Freitas Gonçalves.  
Local e Data: RUA SOBRE SAÚDE PORTO SANTO BERNARDO  
JUAZEIRO DO NORTE CE, 23/12/16

*Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)*

12º OFÍCIO

CARTÓRIO PÁRIZ
Reconhecido (PDR) AUTENTICO(DOM) A Firma de: <u>Maria Silvana de Freitas Gonçalves</u>
DR FREITAS GONÇALVES. DOU PE. Juazeiro do Norte - Ceará.
23/12/2016.

Manoel Páris

