

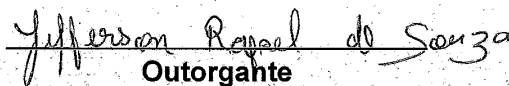
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (S): JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviço gerais, portador da cédula de identidade de nº 9.819.872-SDS-PE, CPF/MF nº 133.789.514-86. Residente e domiciliado à Rua São Lucas, nº 401, São Domingos Distrito de Brejo da Madre de Deus- PE.

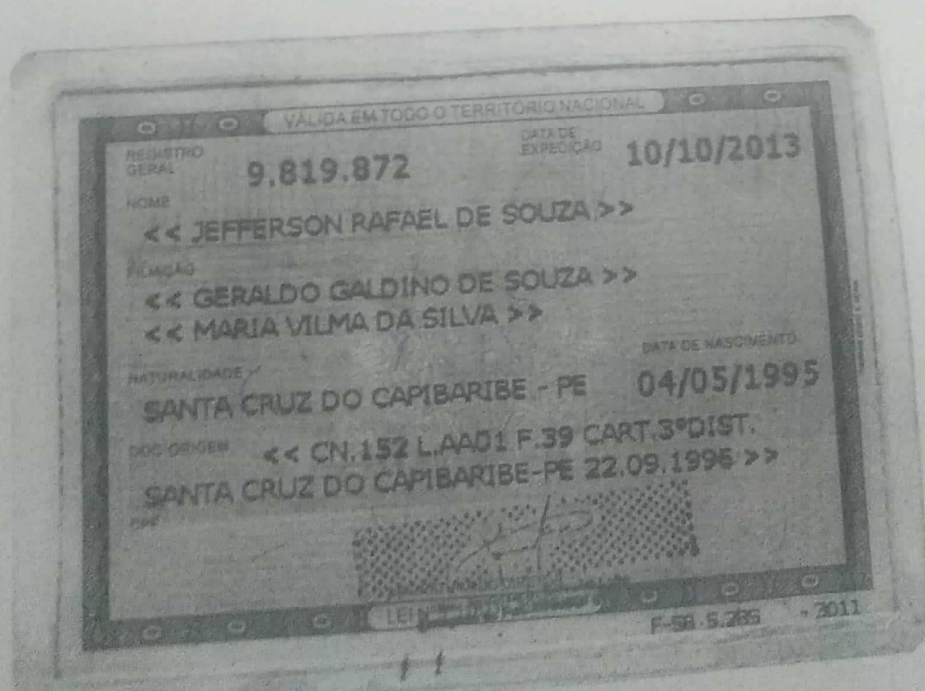
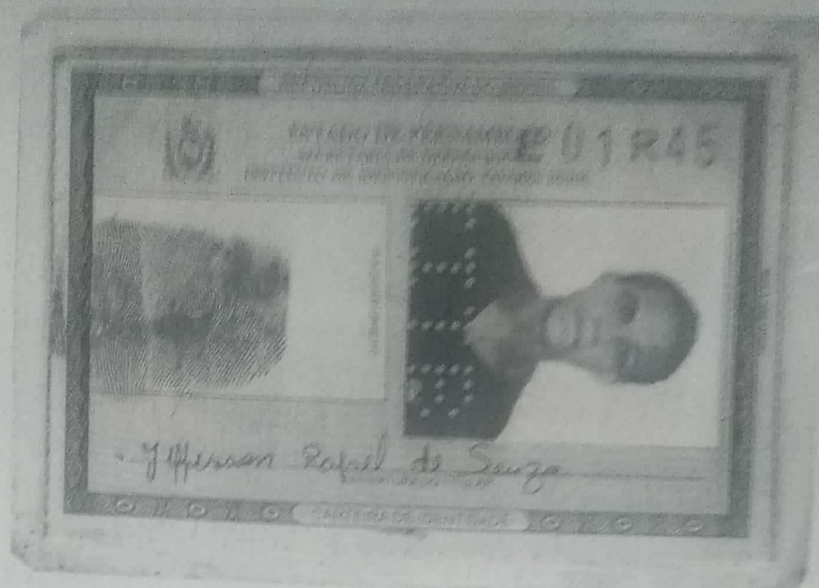
OUTORGADO(S): DOUGLAS ALVES DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o número 43.386, com endereço profissional à Rua Raimundo Balbino Bezerra, nº 35, Bairro Rio Verde na Cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE, CEP nº 55195-076 e endereço de e-mail: alvarez.escriptorio@gmail.com, telefone para contato (81) 9 9347-5438, onde recebe intimações e demais atos processuais.

Poderes: Da cláusula "ad judicium" e "extra judicium", para o foro em geral, podendo propor qualquer tipo de ação, contestar, reconvir, praticar todos os atos do processo, assim como **poderes específicos** para negociar e transigir, firmar compromisso, assinar declaração de hipossuficiência econômica, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, retirar e receber valores contidos em alvará e dar quitação, confessar, receber citação, reconhecer a procedência do pedido, acordar, recorrer, apelar, prestar declarações e compromissos, renunciar e desistir da ação, assinar termo de transação ou ainda usar de todos os Recursos Legais, acompanhando-os até o final do julgamento em qualquer instância administrativa, Judicial ou junto aos Tribunais. **SUBSTABELECE**, com ou sem reservas de poderes, receber citações, intimações, prestar depoimentos pelo(s) Outorgante(s), representá-lo(s) em audiência e assinar qualquer requerimento para as Repartições Públicas, Federais, Estaduais, Municipais ou Autárquicas.

Santa Cruz do Capibaribe-PE, 06 de maio de 2019.


Outorgante





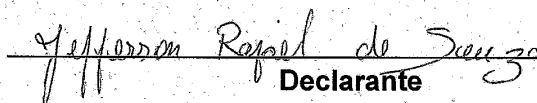
Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviço gerais, portador da cédula de identidade de nº 9.819.872-SDS-PE, CPF/MF nº 133.789.514-86. Residente e domiciliado à Rua São Lucas, nº 401, São Domingos Distrito de Brejo da Madre de Deus- PE. DECLARO para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando portando da Gratuidade da Justiça, nos termos dos artigos 98 e 99 da Lei 13.105/2015(Código de Processo Civil). Requeiro, ainda que o benefício abranja a todos os atos processuais.

Santa Cruz do Capibaribe-PE, 06 de maio de 2019.


Declarante





DADOS DO CLIENTE
LUCAS RAIMUNDO DE SOUZA FILHO

CPF 403 624 694-15 NIS 16504609234

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
056662053	ÚNICA	25/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
056662053	206110300	4155397

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.235.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÃO LUCAS 401

SÃO DOMINGOS/SÃO DOMINGOS
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

CONTA CONTRATO	MESIANO
4012186253	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO PROXIMA LEITURA
01/04/2019	24/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
50,72	

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Consumo Ativo superior a 220 kWh
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Multa por atraso-NF 048042552 - 24/01/19
Juros por atraso-NF 048042552 - 24/01/19
Atualização IGP-M-NF 048042552 - 24/01/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	0,18893510	5,60
70,00000000	0,32048018	22,43
26,00000000	0,48089027	12,49
		8,06
		0,58
		0,28
		0,27
		50,72

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							CONSUMO (KWH)
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	
90318039	0 CAT	21-02-2019	12.180,00	25-03-2019	12.324,00	32	126,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano kWh			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		R\$	%
MAR 19	126					Geração de Energia	17,72	49,73%
FEV 19	86					Transmissão	2,62	6,47%
JAN 19	105					Distribuição (Celpe)	12,28	30,26%
DEZ 19	105					Perdas de Energia	3,85	9,50%
NOV 19	115					Encargos Setoriais	1,78	4,39%
OUT 19	105					Tributos	2,29	5,65%
SET 19	102					Total	48,62	100%
AGO 19	80							
JUL 19	49							
JUN 19	68							
MAY 19	63							
ABR 19	85							
MAR 19	77							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você, copie e leve para o 55 centro de atendimento ao cliente, rua Treze de maio 34, controladora completa em www.celpe.com.br. Na data da fatura a bandeira de energia em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quanto à situação de pagamento e a situação de atendimento no próximo mês de pagamento. Pague em até 15 dias após a emissão da fatura (Lei 10.438/02) e a situação de atendimento no próximo mês de pagamento. Conforme art. 5, XLV, da Lei 10.438/02, o cliente é responsável quanto ao cumprimento do prazo de pagamento para os efeitos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento ou encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE				Valor
Vencido	01/04/2019	Valor	01/04/2019	24,08/18
25/02/19	25/03/19	27,66		15,49

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento por falta de pagamento, poder ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no art. 59, inciso III da Lei 10.438/02. Podem ocorrer, sob as condições, bem como a inclusão nos registros de restrição de crédito.

As condições de uso do serviço de energia elétrica são estabelecidas no contrato de fornecimento de energia elétrica, assinado pelo cliente e pela CELPE, e estão disponíveis em www.celpe.com.br.



Assinado eletronicamente por: DOUGLAS ALVES DOS SANTOS - 06/05/2019 19:53:06

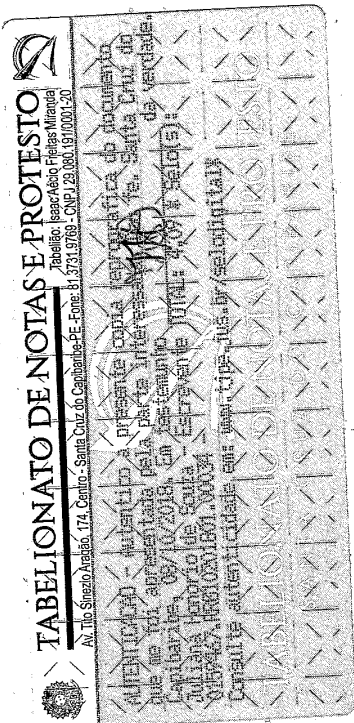
https://pje.tje.jus.br:443/19/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050619530649300000044035328

Número do documento: 19050619530649300000044035328



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA** nascido em 04/05/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 02/04/2018 por volta das **16h57min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.



Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JUNHO de 2018.

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Nome do Atendimento: 0080330 02/04/2019 16:57:38

Paciente: JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA

Sexo: M D. Nasc.: 04/05/1995

RC

Profissão

Filho de: MARIA VILMA DA SILVA

Pai: GETALDO GELDINO DE SOUZA

Endereço: R NAO SABE INF.

Bairro: SAO DOMINGOS

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0082044

SUS:

Idade: 23 ANOS

CPF:

Cidade: PREJO DA MADRE DE

Fone: 81.991128070

Pressão Arterial:

Pulso:

Temperatura:

Peso:

Histórico da Doença Atual:

Paciente deu entrada nesta unidade
última de Arterite. Motociclist

Exatidão:

Paciente Orientada, consciente, bem humorada
pancada na cabeça, não refere mais vômitos
GASQUIN 15

Diagnóstico Provisorio:

AC ENAME Básico se observou fratura de
SE R.D. do PE (E)

Exatidão:

HRX PE (E)

2 FRAMAL + 100 ml SF 0.9% EV

5 Análises octopodista

Liberação do Paciente: Data: / /

hora:

(4) Naesedroel OLFA 4 Ad EV

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

(5) SF 500 ml EV

H.R.A.

Setor: 539686

Dr. Carlos Roberto de A. Silva
MÉDICO
CREMEPE 20.899

CÓPIA AUTORIZADA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

not found
Elon de
Entomologie

Medico: MELBOURNE AUSTRALIA

Ammonia carbonates - 1000

(Faint handwritten notes and signatures are visible at the bottom of the page.)

Should continue to be before - 12/1/12

Francisco Xavier do J. A.

Ch. e BUSTA 5000
e KENTOLIAN 2G 5000
e PA+ 5000 US, 5000

There

Horário

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA

Nº Registro:

316250

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

Operador: DR ALEXANDRE REGO FILHO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: SEDAÇÃO

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: LUXAÇÃO EXPOSTA DO 5º PDE

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. OBSERVADO DEFORMIDADE
4. FIXAÇÃO COM FIO-K
5. SUTURA POR PLANOS
6. CURATIVO.

Dr. Alexandre Rego Filho
Ortopedista
CRM-PE: 70817
TEOT: 14909

17/3 ABR. 2018



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Av. Tito Sínizio Araújo, 174, Centro - Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: 81 3731.9789 - CNPJ 29.080.191/0001-20

AUTENTICAÇÃO - Autentico e apresento cópia reproduzida do documento que me foi apresentada pela parte interessada, em Santa Cruz do Capibaribe, 08/10/2018, em testemunho da verdade.
Juliana Honorio de Souza - Escrevente JUIZAL: 4477 e 4478
0159467-6XZ10201801.0003

Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/secedigital



RESUMO DE ALTA

Nome: Jefferson Rafael de Souza

Prontuário: ~~3070619~~ 316250

Data: 07/09/78

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fe di S² PDE

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

After 20 inhibition of

I do

TRATAMENTO REALIZADO:

ATG Angus

Alta Hospitalar: Data: 07 / 09 / 12

Hora:

Ass. do Médico

[illegible]

TABELÃO DE NOIAS E PROTESTO

Taboão: Isaac Adão Farias Miranda

Av. do Sincro Arado, 174, Centro - Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: 81 3731.9769 - CNPJ 20.080.191/00001-20



PRONTO SOCORRO DA VITÓRIA

Rua Melo Verçosa, 285 - Vitória de Santo Antão - PE - Fone: (81) 3523.1544

VASCULAR

Jefferson Rangel de Jesus

22 anos

Paciente com gangrena seftica
pe esquerda. suboculosa e
surrupe cingies com descolhi-
mentos do 8º joelho

CID 497

Dr. Manoel Amador de Jesus
CRM 20012/PE

Data 21/04/18.

Manoel Amador de Jesus
MÉDICO



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

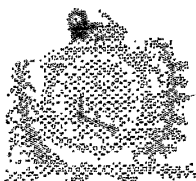
Tabelião: Isaac Aécio Freitas Miranda

Av. Tito Sínizio Araújo, 174, Centro - Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: 81.3731.9789 - CNPJ 29.080.191/0001-20

AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica do documento
que me foi apresentada pela parte interessada, em Santa Cruz do
Capibaribe, 02/10/2018. Em testemunho da verdade.
Juliana Honorio de Souza - Escrevente JUIZAL 4.077 e Selo(s):
0159467-1/0210201801.00037

Consulte autenticidade em www.tips.jus.br/selodigital





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218003500**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/07/2018** às
17:53

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **2/4/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1.
ESTACIONAMENTO DO MODA CENTER - PE160 - Bairro: CENTRO - SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **ESTACIONAMENTO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**OBSTÁCULOS NA PISTA "GELO BAIANO" (AUTOR \ AGENTE)
EDIJANE ALVES DA CONCEICAO (OUTRO)
JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA VILMA DA SILVA Pai: GERALDO GALDINO DE SOUZA Data de Nascimento: 4/5/1995
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA VENEZUELA,
S/N - BAIRRO: ZÉ MONTEIRO - CEP: 0 - Bairro: SÃO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDIJANE ALVES DA CONCEICAO (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**OBSTÁCULOS NA PISTA "GELO BAIANO" (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDIJANE ALVES DA CONCEIÇÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFB4180** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA NO DIA 31 DE JULHO DE 2018 O SR. JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA RELATANDO QUE: NO DIA 02.04.2018, SAIU DO ESTABELECIMENTO COMERCIAL MODA CENTER - PE160, CONDUZINDO A MOTO SUPRACITADA NESTE B.O, QUANDO VEIO A COLIDIR COM UM GELO BAIANO QUE HAVIA NO ESTACIONAMENTO, SENDO SOCORRIDO PARA A UP24H POR POPULARES. SEGUNDO DECLARAÇÃO DA UP24H - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE, N'ATENDIMENTO:0080836, O SR. JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA DEU ENTRADA NESTA UNIDADE HOSPITALAR NO DIA 02.04.2018, POR VOLTA DAS 16H:47MIN VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jefferson Rafael de Souza
JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *F. Alves* **FELIPE FIGUEIRA DE ALVES PEREIRA** - Matrícula: **3273650**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
128ª CIRCUNSCRIÇÃO



**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM**

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado Sepherio - Popiel
de Souza portador da Carteira Profissional nº _____
_____, série _____, necessita de 30(Trinta)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença.

Hm
Hospital ou Ambulatório

Caruaru 04.09.18
Localidade e Data

[Assinatura]
ASS. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 32301529 - AC SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
CNPJ..... 34028316061161 Ins Est.: 001436007

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente..... SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF..... 09248608000104
Doc. Post..... 9819872
Contrato.... 9912230636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao... 62267655

Movimento... 31-03-2018 Hora..... 09:43:54
Caixa..... 88059055 Matrícula... 85068721
Lancamento... 017 Atendimento: 00007
Modalidade... A Faturar ID Tiquete... 1521001422

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...		23,26
Peso real (G).....		104
CNPJ/CPF Remet.: 13378951486		
Nome Remetente.: JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA		
Endereco Remet.: RUA VENEZUELA, 42 - SAO DO		
Cont. Endereco... MINGOS		
Cep Remetente... 55170-000		
Cidade Remet... BREJO DA MADRE DE DEUS		
UF Remet..... PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...		29,00
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....		104
OBJETO..... DY274580643BR		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado nao solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o servico adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentacao de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variacoes de
acordo com as clausulas contratuais.
Nome: RG:
Ass. Responsavel.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento
dos Correios
comenda cilíndrica ou esférica
implica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 32301529 - AC SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
CNPJ..... 34028316061161 Ins Est.: 001436007

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente..... SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF..... 09248608000104
Doc. Post..... 297917194
Contrato.... 9912230636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao... 62267655

Movimento... 09/10/2018 Hora..... 09:57:03
Caixa..... 88615113 Matrícula... 85085090
Lancamento... 013 Atendimento: 00008
Modalidade... A Faturar ID Tiquete... 1538936351

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...		23,26
Peso real (G).....		65
CNPJ/CPF Remet.: 13378951486		
Nome Remetente.: Jefferson rafael de souza		
Endereco Remet.: RUA venezuela, 42 - sao do		
Cont. Endereco... mingos		
Cep Remetente... 55170-000		
Cidade Remet... BREJO DA MADRE DE DEUS		
UF Remet..... PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...		29,00
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....		110
OBJETO..... SG166971397BR		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado nao solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o servico adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentacao de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variacoes de
acordo com as clausulas contratuais.
Nome: RG:
Ass. Responsavel.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01





Assinado eletronicamente por: DOUGLAS ALVES DOS SANTOS - 06/05/2019 19:53:07

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050619530759300000044035336

Número do documento: 19050619530759300000044035336

Num. 44707301 - Pág. 2

guradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JEFFERSON RAMEL DE SOUZA
DATA DO ACIDENTE 02/10/18 CPF DA VÍTIMA 333.789.544-86
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É PAI
ENDEREÇO DO PORTADOR RA VENEZUELA
Nº 42 COMPLEMENTO BAIRRO DO DOMINGOS
CIDADE BRAGA DA MARTE UF RS CEP 91.170-000
E-MAIL jefferson.ramel.323456@gmail.com TELEFONE (51) 99326-6208

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/08/2018
IDENTIDADE 9819 812 5830
ASSINATURA Jefferson Ramele de Souza

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 30/08/18 MATR. CORREIOS 8.506.82-1
NOME CRISTINA MARIA DA COSTA
ASSINATURA CRISTINA MARIA DA COSTA

← → ↻ 🏠 🔒

https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo?optconsultaseministro=true

PAGUE SEGURO

Como Pagar

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

VÍTIMA JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA

CPF/CNPJ: 13378951486

Posição em 06-05-2019 18:43:09

O pedido do Seguro DPVAT foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/03/2019	Exigência Documental	
09/01/2019	Exigência Documental	
31/10/2018	Exigência Documental	
27/09/2018	Exigência Documental	
27/09/2018	Aviso de Sinistro	

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na

App Store

Disponível no

Google Play

Assinado eletronicamente por: DOUGLAS ALVES DOS SANTOS - 06/05/2019 19:53:08
 https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050619530784400000044035337
 Número do documento: 19050619530784400000044035337

Num. 44707302 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180434593**

Vítima: **JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA**

Data do Acidente: **02/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434593**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13404389

Pag. 00609/00610 - carta_01 - INVALIDEZ

00020305





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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180434593

Vítima: JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA

Data do Acidente: 02/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00025/00026 - carta_03 - INVALIDEZ

00040013



Carta nº 13791892





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

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180434593

Vítima: JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA

Data do Acidente: 02/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

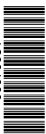
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00101/00102 - carta_03 - INVALIDEZ

00070051



Carta nº 14091931



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180434593**

Vítima: **JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA**

Data do Acidente: **02/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434593**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00027/00028 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13537745



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180434593**
Vítima: **JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA**
Data do Acidente: **02/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434593**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00253/00254 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13408222





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014083813071

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 42611148480

VIA

1

COD. RENAVAM

329593773

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

JEFFERSON RAFAEL DE SOUZA
RUA VENEZUELA 42
CENTRO
BREJO DA MADRE DE DEU

55170-000

CPF/CNPJ

133.789.514-86

PLACA

PFB4186

NOME ANTERIOR

EDIJANE ALVES DA CONCEICAO

CHASSI

PLACA ANT/UF

9C2JC4110BR751016

ESPECIE TIPO

PA3 / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP/POT/CIL

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

3EM RESERVA

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
CARRE EM LOCAL SEGURO

LOCAL

DATA

08/10/18

BREJO DA MADRE DE DEU
Charles Andrews Sousa Ribeiro
DETRAN/PE

Scanned by CamScanner

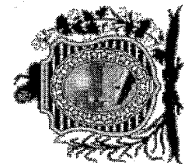


Assinado eletronicamente por: DOUGLAS ALVES DOS SANTOS - 06/05/2019 19:53:10

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050619530977400000044035346>

Número do documento: 19050619530977400000044035346

Num. 44707311 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM Nº	UF:
Endereço Completo:	
Telefone:	Cidade:
	UF:

Paciente:	Leandro Nogueira de Souza
Endereço:	

Prescrição:	1) Naproxeno 500mg - 21x100 2) Ibuprofeno 200mg - 21x100 3) Paracetamol 500mg - 21x100 4) Clonazepam 0,5mg - 21x100
-------------	--

Data:	07/11/18
Carimbo e Assinatura do Médico	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident.:	Org. Emissor:
End. Completo:	
Telefone:	
Cidade:	UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	
DATA: / /	



PREFEITURA DO BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

UNIDADE DE SAÚDE:	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	PSF III - SÃO DOMINGOS
CRM:	UF:
End. completo:	ENDEREÇO: RUA DE NEZELIA, 311
Telefone:	
Cidade:	UF:

Paciente:	JOSEFONDA RIBEIRO DA SILVA
Endereço:	OLIVEIRA
Prescrição:	

Prescrição:	Flamoxetil (500mg) - 30 caps Cort 8mg
-------------	--

Data:	07/11/18
Carimbo e Assinatura do Médico	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident.:	Orgão emissor:
Endereço:	
Telefone:	
Cidade:	UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO (A)	
DATA: / /	

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clínica:

Enfermaria:

Registro Nº

Enfermaria:

paciente vituperado
analisado de nota
em 2/4/2018.
fust. exp. de
5º PDD exp.
Operado (ortopedico)
e posterior ampu-
ta. fust.
bal. p/ fust.
de direitos

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10960

Data

12 06 2018

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elcida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Av. Tito Simeão Araújo, 174, Centro - Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: 81.3731.9769 - CNPJ 29.080.191/0001-20

AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reproduzida do documento
que me foi apresentada pela parte interessada, em Santa Cruz do
Capibaribe, 06/05/2019. Em testemunho da verdade.
Juliana Amorim de Souza - Escrevente PÚBLICA: 4.077 e Escriva(s):
0137467-CE10201801.0003
Consulte autenticidade em: <https://pje.tipe.jus.br/selodigital/>

