

---

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MIRIAM PAULINO ALVES**

Nº Sinistro: **3180160061**

Vitima: **MIRIAM PAULINO ALVES**

Data do Acidente: **05/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180160061**.

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**



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de:	<b>MIRIAM PAULINO ALVES</b>
Nº Sinistro:	<b>3180160061</b>
Vitima:	<b>MIRIAM PAULINO ALVES</b>
Data do Acidente:	<b>05/11/2017</b>
Cobertura:	<b>INVALIDEZ</b>
Procurador:	<b>EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS</b>

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180160061**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, 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](http://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**



---

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MIRIAM PAULINO ALVES**  
  
Sinistro: **3180160061**  
Vítima: **MIRIAM PAULINO ALVES**  
Data do Acidente: **05/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180160061** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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**



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta n°: 12873492

A/C: MIRIAM PAULINO ALVES

**Nº Sinistro:** 3180160061  
**Vitima:** MIRIAM PAULINO ALVES  
**Data do Acidente:** 05/11/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

**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: MIRIAM PAULINO ALVES**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 104**

**Agência: 00000684**

**Conta: 0000064198-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.350,00</b>

**Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%**

**Graduação: Em grau completo 10%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%**

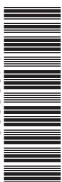
**Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00**

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**



**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

Sinistro: **3180160218**

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO MATIAS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **VILA SANTANA nº 0 - LIVRAMENTO - MONSENHOR TABOSA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20074245516 - SSP**

Data e local do acidente: **22/11/2017 TAMBORIL/CE**

Data e local do exame: **27/04/2018 BOA VIAGEM/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**PACIENTE SOFREU TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E TRAUMA EM JOELHO DIREITO COM DERRAME ARTICULAR EXTERNO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**DA FRATURA DE CLAVICULA: TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPÓIA IMOBILIZADORA REMOVÍVEL E MEDICAMENTOS PARA CONTROLE DA DOR  
DA DERRAME ARTICULAR: DRENAGEM COM DRENO DE PENROSE POR 05 DIAS E DRENADO NOVAMENTE APÓS 15 DIAS .ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E ALTA MÉDICA.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**PRESença DE DESVIO ROTACIONAL DA CLAVICULA DIREITA,E LIMITAÇÃO MODERADA DA ABDUÇÃO DO OMBRO E CREPTACOES AO FLEXIONAR O JOELHO DIREITO,SEM DANO FUNCIONAL;**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFICIT FUNCIONAL MODERADO NO OMBRO DIREITO**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*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): **OMBRO DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR EM RELAÇÃO AO JOELHO. SEM DANO FUNCIONAL. -**

**Médico Perito: MARCIO CLEBIO FONSECA COSTA CRM:16208/CE**

  
Dr. Marcio Clebio Fonseca Costa  
MÉDICO  
CRM/CE 16208

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 1800 022106 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sempre rasuradas, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/ reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 e 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 15 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 51-80 16-00-61 CPF da Vítima: 462.434.033-00 Nome completo da vítima: NEZIAM PAULINO Ribeiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE / SGA

Nome completo <b>MIREIAN PAULINO ALVES</b>	CPF titular da conta <b>462.177.033-63</b>	Profissão <b>ESCOLAR DE</b>
Endereço <b>RUA JOAQUIM CABOCLO</b>	Número <b>71</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>VELA SÃO FRANCISCO</b>	Cidade <b>CRISTO</b>	Estado <b>SEARA</b>
Email		CEP <b>6600-000</b>
		Telefone (DDI) <b>(33) 99992965</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Uber – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

#### **FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Solicitação para os bancos abaixo. Assinale uma opção):			
<input type="checkbox"/> BRASILEIRO (227)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:	AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:
0684	099 64 39 51 9	09	09
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
OP. 013		OP. 013	
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

Dicendo que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena cútacão do valor indenizado.

**INVESTPREV  
SEGURADORA S/A**

Sexta-Feira, 05 de Maio de 2018  
Local e Data

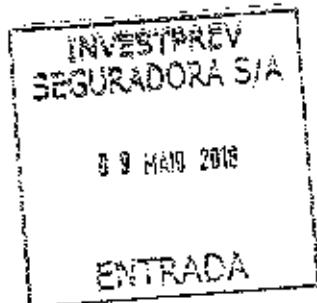
6 S Mait 2016

2. Which Reading idea

54325-326-WW01-00520

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ENRACADE





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 828 / 2018****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO****Data / Hora da Comunicação: 30/01/2018 08:32:15****Data / Hora da Ocorrência: 05/11/2017 17:20:00****Endereço da Ocorrência: AVENIDA THOMAZ OSTERNE DE ALENCAR****Complemento:****Bairro: VILA ALTA****Município: CRATO/CE****Ponto de Referência: PRÓXIMO AO COLÉGIO ELDORADO****Dados da(s) Vítima(s)****Nome: FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO****Nascimento: 14/04/1979 CPF: 845.665.073-00****RG: 306473996 Orgão Emissor:****Filiação: BARBARA DE CASTRO ALVES  
FRANCISCO DIONIZIO ALVES****Endereço: RUA JOAQUIM CABLOCO, 71****Bairro: VILA SÃO FRANCISCO****Município: CRATO/CE****País: BRASIL****Telefone: (88) 99909-5740****Nome: MIRIAM PAULINO ALVES****Nascimento: 03/08/1970 CPF: 462.177.033-00****RG: 2002034002976 Orgão Emissor:****Filiação: ALZENIR PEREIRA DA COSTA  
ELIZEU PAULINO DA COSTA****Endereço: RUA JOAQUIM CABLOCO , 71****Bairro: VILA SÃO FRANCISCO****Município: CRATO/CE****País: BRASIL****INVESTPREV  
SEGURADORA S/A****06 ABR. 2018****ENTRADA****Telefone: (88) 99994-9456****Dados da(s) Veículo(s)****1) Placa: PMZ3747 UF: CE Município: CRATO Chassi:****9C2KD0550ER350071 Renavam: 1036689430 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano****Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA/ALCOOL****Cor: VERMELHA Proprietário: FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO****Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO****Histórico**

ADVERTIDO(A) DAS PENAVIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA, MIRIAM PAULINO ALVES; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA CITADAS COM SUA ESPOSA NA GARUPA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO SABIDA E CONDUTOR CONHECIDO POR



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**



ROUPEIRO DE OCORRÊNCIA N° 446 - 838 / 2018

**Detalhe da Ocorrência**

Natureza da Fato: LESÃO CORPORAL CUSTODIA - TRANSITO

Data / Hora de Ocorrência: 06/05/2018 08:00:00

Data / Hora de Ocorrência: 06/05/2018 17:00:00

Endereço de Ocorrência: AVENIDA THOMAS CYRNE DE ALMEIDA

Complemento:

Bairro: VILA ALTA

Município: CHATÓPOLIS

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO COLÉGIO ESTADUAL

Detalhe das Informações

Nome: FRANCISCO JOSÉ ALVES FILHO

Nascimento: 14/04/1975 CEP: 6355-070-00

RG: 20007832282

Órgão Expeditor:

UFSCAR, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA

FRANCISCO JOSÉ ALVES

Endereço: RUA JOAQUIM CARLOCO, 71

Bairro: VILA SANTO FRANCISCO

Município: CHATÓPOLIS

**INVESTIGADO**  
**SEGURADORA S/A**

06/05/2018

**ENTRADA**

CEP:  
Telefone: (85) 33840-5740

Nome: BRASIL, CELSO

Nascimento: 02/05/1970 CEP: 6355-177-00

RG: 20007842282

Órgão Expeditor:

UF:

UFSCAR, UNIVERSIDADE FEDERAL DA COSTA

SERGIO PAULINO DA COSTA

Endereço: RUA JOAQUIM CARLOCO, 71

Bairro: VILA SANTO FRANCISCO

Município: CHATÓPOLIS

CEP:  
Telefone: (85) 33840-5146

Detalhe das Informações

Nome: FRANCISCO, CELSO MUNICPIO: CHATO (Crash)

VELOCIDADE: 65KM/H. Kennmed: 10000000000 Tele do Veículo:

MOTOCICLETA Honda Bros 150cc. Placa: 0000-000 Ano:

Fabricação: 2014 Ano Model: 2014 Combustível: Gasolina/etanol

Cor: Vermelha/Preto Motor: FRANCISCO JOSÉ ALVES FILHO

SEGURO: NÃO INFORMADO. Envolvimento: COLISAO

**AVERTIMENTO DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALECI  
 TESTEMUNHO, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO Falsa de  
 CRIME/CONTRAVIÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI  
 VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA,  
 MIRIAM PAULINO ALVES, QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA ETIA DE  
 CARACTERÍSTICAS SEMELHANTES COM SUA ESPOSA NA QUINTA, QUANDO  
 UM AUTOMÓVEL DE PLACA RAG-5491-A E COR DOURADA, CONSEGUNDO POR**

COLUDIM COM A MOTOCICLETA EM QUE ANDAVAM AS VITIMAS; QUE EM VIRTUDE DOS BOS CAIRAM AO SOLO FRACANDO LESIONADOS; QUE TEVE ESCORRACOES E CORTE EM UMA DAS PERNAS E SUA ESPALHA FRATUROU-SE; PELO QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS PELA SAMU E DEPOIS ENCAMPADO.

维基百科-简体中文版 2023-08-01

2500-3673

23

00000000-0000-0000-0000-000000000000



**GOUVERNO DO ESTADO DE SANTA  
CATARINA SUBSIDIADA PELA UNIÃO E SOCIEDADE  
ESTADUAL**  
**DEPARTAMENTO DE ESTADUAL DE SANTA CATARINA**



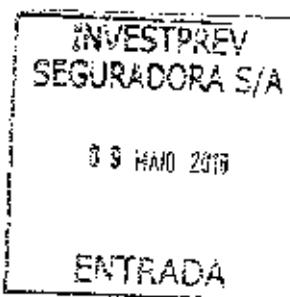
执行情况表(见附录)。如无特殊情况,请于 1998 年 12 月 31 日前报回。

NO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS EM CRATO E SUA ESPOSA FORAM  
ENCONTRADOS NO HOSPITAL SÃO FRANCISCO EM CRATO, CONSTATANDO-SE  
AS LESÕES DESCRITAS NAS LACUNAS MEXICAS, PRINCIPALMENTE AREAS, QUE  
S ENSUBSTACIOU E REGISTRA A PRESENÇA PARA FINS DE SEGURO DIFUSO, E  
NADA MAIS DISSE.

DESPACHO DEPARTAMENTAL DE ESTADAS DE CREDITOS  
CREDITOS ALICUOTADOS PAGOS Y NO PAGOS.

VISTO DO DELEGADO: DELEGADO REGIONAL SÉRGIO MESTRE

Where (Bakops x Major Pardine) was



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIRIAM PAULINO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 00000064198-9

---

Nr. da Autenticação 50A7343FA9213805



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 509923975

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza-CE

CNPJ 070472510001-70 | CGF 05.105.648-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.402 de

26 de setembro de 2002.

**DADOS DO CLIENTE**

Esta é a segunda via de

**JAN/2018**Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco:**Nº DO CLIENTE**  
**2887262** 2**VENCIMENTO**  
**01/03/2018****TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**0,00**

End. da Unidade Consumidora RU JOAQUIM CABOCLO 00071 VL SAO FRANCISCO CRATO 60000000

RG / CPF / CNPJ 845.665.073-00 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Incl  Consumo Faturado

FP 10973 10902 1 71 0 71

**DESCRICAÇÃO DA CONTA**Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)**ENERGIA**Consumo faixa 0-30 Kwh 30 0,17494 5,24  
Consumo faixa 31-100 Kwh 41 0,29991 12,30**DATAS DE LEITURA**Data do Emissor/  
Apresentação 22/01/2018 Prev. Próxima  
Leitura 20/02/2018**OUTROS PAGAMENTOS**SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -20,97  
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA 5. BAIXA RENDA 1,00  
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT 2,43**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

ASDA.5199.8800.57FF.D718.6AB7.F220.0815

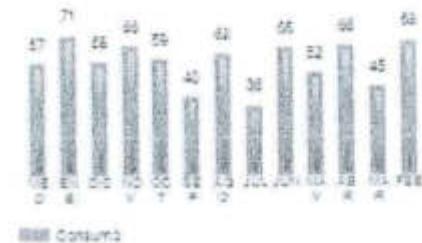
**ICMS**Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto  
ISENTO**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**ENERGIA 8,23  
TRANSMISSÃO 0,82  
DISTRIBUIÇÃO 5,59  
ENCARGOS SETORIAIS 1,93  
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 1,97**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,70

Conjunto

Mes: NOV/ 2017

DÍC (h)	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DÍC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FÍC (an)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00		0,00			

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **2887262-2** N° de Nota Fiscal: **509923975** Total a Pagar (R\$): **0,00**  
Data de Emissão: **29/01/2018** Referência: **JAN/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



DADOS DO CLIENTE

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS  
Endereço: RUA SED MARIA DE JESUS, 9 - ROSA VARGAS

Cidade: JUNDIAÍ

CEP: 01110-000

End. Telefone:

Estado:

UF/ST:

Serviço: 005

Subserviço: 00

Qualid.: 0129

Subqualid.: 00

Lote: 01-11

Comp.: 0000

Opç:

Unid.:

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de 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 EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 045.291.864 / 23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIRIAM PAULINO ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 462.177.033/ 00, do sinistro de DPVAT cobertura TUVALIDER da Vítima MIRIAM PAULINO ALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 462.177.033/ 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

\* Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <b>RUA BEATA MARIA DE ARAUJO</b>		Número <b>09</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>ROMEIRÃO</b>	Cidade <b>JUAZEIRO DO NORTE</b>	Estado <b>CEARÁ</b>	CEP <b>63.050-720</b>
Email <b>LORDNALDO@YAHOO.COM</b>	Telefone comercial(DDD) <b>(88) 3512-4870</b>	Telefone celular (DDD) <b>(88) 988070712</b>	

CRATO-CE, 07 de MARÇO de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Francluzio Dionizio Alves Filho,  
portador do RG: 306473 996, data de expedição 10 / 07 / 2014,  
órgão expedidor DAT - CNH CE, CPF: 1814151.1616151.1017131-12101,  
com domicílio na cidade de Cnato, no estado de CE,  
onde resido na Rua Joaquim Caboclo 71 Vl São Francisco,  
número 71, complemento Atico.

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima, Mariam Paulino Alves,  
cujo condutor era Francluzio Dionizio Alves Filho.

VEÍCULO: Motociclo  
ANO: 2014 / 2014  
MODELO: Honda/NXR150 Bros ES  
PLACAS: PM73747  
CHASSI: 9G1RKD0550ER35001  
DATA DO ACIDENTE: 05 / 11 / 2017



Crato - CE 030/01/2018  
Local e Data

F CO DIONIZIO ALVES FILHO

Assinatura do Declarante Proprietário  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

**CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO**

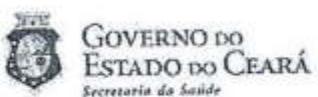
Reconheço por AUTENTICIDADE as(s) firma(s) de:

FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO  
XXXXXXXXXXXXXX030XXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXX030XXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXX030XXXXXXXXXXXXXX

CRATO-CE,  
30/01/2018

| TEOPILIO ANTONIO COELHO RODRIGUES - Testemunha  
| MARCELINO PARANTUE LIMA - Escrivania  
| EUCLIDES BORGES DE ALMEIDA - Escrivania  
| MARIA LUCIVALDOA DE LIMA - Escrivania  
| LINDINÉRIARA PEREIRA LOPES - Escrivania





## CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento à Sra. **MIRIAM PAULINO ALVES**, portadora do RG 2002034002976 inscrita no CPF 46217703300, no dia 05/11/2017, às 17h30, no município de Crato/CE, na Av. Tomas Osterne de Alencar, vítima de colisão carro com moto, sendo encaminhada para o Hospital São Raimundo. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 22 de Novembro de 2017

Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 05/11/2017 18:43

N. Atendimento...: 452288  
 Data Atendimento: 05/11/2017 Hora:18:41  
 Médico Respons.: MARCEL DE ALENCAR PITA  
 Recepção...: RODRIGO  
 Setor Atend....: CONSULTORIO

Convênio.: BPA SUS  
 Matrícula: 898002700011122  
 Guia.:  
 Tipo de Atend.: AMBULATORIAL  
 Serviço: CONSULTA

===== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====

Paciente.: MIRIAM PAULINO ALVES Pront: 100294  
 Dta Nasc.: 03/08/1970 - 47 Anos - Sexo: FEMININO Est.Civil:CASADO RG: 2002034002971  
 Endereço.: RUA JOAQUIM CABOCLO 71 CASA  
 Cep.....: 63132070 Bairro:PONTA DA SERRA  
 Estado...: CE Resp.: MARIA PAULINO DE SOUSA CRUZ  
 Fone: 8899949456 97447161

Município:CRATO

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA



Date: 14/11/17

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[ ] Resid. [ ] Ambul. [ ] Intern. [ ] Outro [ ] Clínica [ ] Cirurg. [ ] Obst. [ ] Pedi. [ ] Oftalmo. [ ] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[ ] RAIO-X

[ ] ULTRASSOM

[ ] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

*Saude na me quebre de mto cansaço*

*amissão + edema de mto*

DIAGNÓSTICO

*h de 3º MITD)*

PROCEDIMENTO

*Bolsa grande dfo folha da escala*  
*(RX DE OMIBRVO)*

INVEST/PREV  
SEGURADORA S/A

EXAMES

06 ABR. 2018

DATA DO ATENDIMENTO:

Dr. MARCEL PITA  
 Ortopedista e Traumatologista  
 CRM 1057 / COOT 12913

ENTRADA

Dr. (a) MARCEL DE ALENCAR PITA  
 CRM: 010671 CPF: 65782135387

*Miriam Paulino*  
 Paciente / Responsável



HOSPITAL  
São Raimundo  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

Atestado Médico

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente Miriam  
Praiano Alves

encontra-se em tratamento Artrite

necessitando de 60 (Sessenta) dias

de afastamento de suas atividades laborais, a contar desta data.

C.I.D. 592

Dr. MARCEL PITA  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 1057 / TEC 12015

Crato-CE, 05/11/19



HOSPITAL SÃO RAIMUNDO  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES  
Fone: 88 3523-2600 Fax: 88 3523-2621

Impressão: 24/11/2017

Data: 24/11/2017

Tipo A.: EXTERNO

Nome: MIRIAM PAULINO ALVES

Data Nasc: 03/08/1970 - 47 Anos Sexo: F

Requisição: 79574

Conv: BPA SUS

Tel: 8899949456 97447161

Usuario: LUANNA

Nº Atend.: 455830

71

- PONTA DA SERRA

End.: RUA JOAQUIM CABOCLO

Médico: 3997 JOSE MARCILIO NICODEMOS DA CRUZ

Total de exames: 1

Qtd Cod.Tab

1

Código Descrição

00000082 RAIO X PE EM AP OU OBLIQUA

Fotura

Dr. Marcilio Nicodemos da Cruz  
RADIOLOGISTA  
CRM 3997

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

06 ABR. 2018

ENTRADA

Nome:.....

Rustico Indio

Método novo fui de maneira que  
a manter mesma forma deles,  
manteram em avançado atraso  
ou profunda form de n- deus. Paralelo  
mudou-se em todos os momentos  
de falar, e agora mi respeito é  
resumido da infância e cargo.  
No momento seu casas à motor de  
seus amigos estavam em um mundo  
de 60 dias

CNS: 392

Dr. MARCELO VITA  
Psiquiatra e Terapeuta  
0021-1027 / 3523.2600

Data: 29/12/17

Ao retorno favor trazer este receituário  
Av. Teodorico Teles, 99 - CEP 63.100-160 - Crato - CE | Tel.: (88) 3523.2600  
002 • Receituário

Atendemos convênios e particulares

© Elopain



Nº 2002 34002976

DATA 14/1/2002

MIRTA I PAULINO ALVES

ELI I PAULINO DA COSTA E ALVES  
TR. PIRES DA COSTA

ESTADO: CEARÁ

DATA DE NASCIMENTO:

CRATOU- E

3/8/1970

DOC. CRD/CE T.CACAH. 496 L. B6 F

107 DOM QUINTINHO CRATO-CE.

CNPJ 4621 703800 ID. ANT. 210360491

ASSINATURA DO DETETIVE

2002-01-14 07:05:03



INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

06 ABR. 2018

ENTRADA

**EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

DOC. EXPIRAÇÃO / CAD. INSCRIÇÃO  
99029071681 SSPDS CE

CH 045.291.864-23 DATA Nascimento 26/09/1982

PAIS/AVÔS:  
MANOEL PEREIRA DOS SANTOS  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ACE CATHAS AD

Nº REGISTRO 04012393505 VALIDEZ 19/12/2021 1ª HABILITAÇÃO 16/12/2006

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1404686297

OBSERVAÇÕES:  
SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura

LOCAIS DE EMISSÃO  
JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 27/12/2016

16060501614  
CR2157089509

1404686297

POINTING PLASTIFICAR





# UNIÃO REGULADORA DE SINISTROS DPVAT

Checklist - *(Assinatura)* / DAMS

VÍTIMA

condutor  passageiro  pedestre  ciclista

carro  moto  caminhão  ônibus

Nome da vítima:	MIRIAN PANLINO ALVES
CPF	462.177.033-00
Data de nascimento	03-08-1970
Data do fato	05-11-2017 17:20
Boletim de Ocorrência	OK
Declaração de Ausência de IML	OK
Comprovante do ato	OK
Relatório de Atendimento do Socorrista	OK
Declaração do Proprietário do Veículo	OK
Prontuário	OK
Documentos pessoais da vítima	OK
Dut	OK
Autorização de Pagamento	OK
Comprovante bancário	OK
Declaração de residência	OK
Comprovante de residência	OK

## PROCURADOR

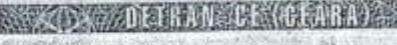
Nome	EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
CNPJ/CPF	045.291.864-23
Contrato Social / Certidão Simplificada	
Procuração particular	OK
Circular SUSEP	OK
Declaração e Comprovante de endereço	OK
Doc. De identificação do responsável	OK
	INVESTPREV SEGURADORA S/A

Observações

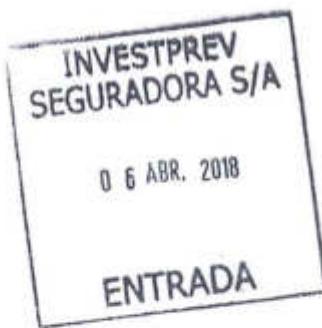
06 ABR. 2018

ENTRADA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

<b>FRANCISCO DIONIZIO ALVES FILHO</b>	
	
<small>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</small> <b>972527472</b>	<small>DOC. IDENTIFICATIVO / CÓDIGO ISSUOR IF</small> <b>306473996</b> <b>BSP</b> <b>CE</b> <small>CPF</small> <b>845.665.073-00</b> <small>DATA NASCIMENTO</small> <b>14/04/1979</b> <small>INSCRIÇÃO</small> <b>FRANCISCO DIONIZIO</b> <b>ALVES</b> <b>BARBARA DE CASTRO</b> <b>ALVES</b> <small>PERMISSÃO</small> <small>VEÍCULO</small> <small>ACG</small> <small>CARAV.</small> <small>AB</small> <small>Nº REGISTRO</small> <b>04162287870</b> <small>VENCIMENTO</small> <b>19/11/2018</b> <small>1ª HABILITAÇÃO</small> <b>28/07/2007</b>
<small>OBSERVAÇÕES:</small> <b>HAB MOTOTAXISTA;          EXERCE ATIV. REMUNERADA)</b>	
<i>F. D. Dionizio Alves Filho</i> <small>ASSINATURA DO PORTADOR</small>	
<small>LOCAL</small> <b>FORTALEZA, CE</b>	<small>DATA EMISSÃO</small> <b>18/07/2014</b> <small>IGOR MARCONELLO PONTE</small> <b>41121528948</b> <b>CE141099461</b> <small>ASSINATURA DO EMISSOR</small> 

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**972527472**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160061      **Cidade:** Crato      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRIAM PAULINO ALVES      **Data do acidente:** 05/11/2017      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 15/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NA MAO DIREITA

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Paulo Artur de Araújo Amorim".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160061  
Vítima: MIRIAM PAULINO ALVES

Cidade: Crato  
Data do acidente: 05/11/2017

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º METATARSO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** 2º PODODÁCTILO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 60 DIAS E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA. APRESENTA IMOBILIDADE EM 2º PODODACTILO PÉ DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO 2º PODODACTILO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** RENAN DE ALMEIDA SILVA

**CRM do médico:** 12076

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>		<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>	

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Miriam Paulino Alves  
Nacionalidade: brasileira  
Identidade: 2002034002976  
Estado Civil: Casada  
CPF: 162 177 033 00  
Profissão: Auxiliar de Enfermagem  
Endereço: Rua Joaquim Cândido 71 v1 Nós Francisco Crato  
CEP: 60.000-000  
Telefone: (88) 9 4444 4456 / 94409 5740

### OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado civil: SOLTEIRO  
Identidade: 99029071681  
CPF/CNPJ: 045.291.864-23  
Profissão: CORRETOR  
Endereço: R. BEATA M<sup>a</sup> DE ARAUJO, 09, ROMEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE-CE  
CEP: 63.050-720  
Telefone: (88) 3512-4870

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos ás seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícias médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

Miriam Paulino Alves

Crato - CE 30/01/2018

Local e data

Miriam Paulino Alves  
Assinatura do Outorgante

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

06 ABR. 2018

ENTRADA

### CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

MIRIAM PAULINO ALVES  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CRATO-CE  
30/01/2018

TEÓFILO ANTÔNIO COELHO RODRIGUES - Testem.  
MARCELINO FARIA JR. - Escrivante  
EUCLIDES BORGES DE ALMEIDA - Escrivante  
MARIA LUCIVALDA DE MORAES - Escrivante

