

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00582-7

CONTA: 000010038207-X

---

Nr. da Autenticação 867FFCABF9EEA4C6

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190266380      **Cidade:** Surubim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA APARECIDA SANTOS DA      **Data do acidente:** 05/04/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO - FRATURA DO OCCIPITAL

**Descrição do exame físico:** PACIENTE LUCIDA E ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, SEM DEFICT MOTOR

**Resultados terapêuticos:** HIPOSMIA SEGUNDO LADUDO MÉDICO RELACIONADO AO TRAUMA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190266380**

**Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190266380**

**Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

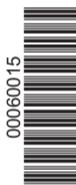
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190266380**

**Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190266380**

**Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190266380**

**Vítima: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

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

**Recebedor: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA**

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

**Banco: 001**

**Agência: 000000582-7**

**Conta: 000010038207-X**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	86283251404	MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA	Profissão: REC. INF	Endereço: POV. LAGOA QUIMADA	CPF: 86283251404	Número: 294
Bairro: CENTRO	Cidade: SURUBIM	Estado: PE	Complemento: CASA	CEP: 55750000
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 97001998			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização, a que me refere, por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, baseado na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONTEÚDO NÃO VERDADERO  
 08 ABR 2019  
 Seguradora S...

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou  
Vivos: Falecidos: Vítima deixou  
nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou  
pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Inglorioso  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: SURUBIM/PE 04/04/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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**

Número do Sinistro: 3190266380  
Nome do(a) Examinado(a): Maria Aparecida Santos da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Lagoa Queimada, 294 Suru Bim Pe  
Centro Surubim PE CEP: 55750-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 1775906  
Data local do acidente: [ 05/04/2018 ]  
Data local do exame: [ 22/04/2019 ] Caruaru [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO - FRATURA DO OCCIPITAL**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUPORTE CLÍNICO**

**Complicações: HIPOSIA**

**Data da Alta: 14/05/2018**

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

**PACIENTE LUCIDA E ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, SEM DEFICIT MOTOR**

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

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

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

**HIPOSIA**

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 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"

"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):

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

% do dano:  10% residual  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

- VIII. (\*) 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

  
Jackson Júnior Florencio Júnior  
Exame Físico e Traumatologista  
CRM - PE 16.573  
TEOT 13921



515626

0120 524/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
116<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116<sup>ª</sup>CIRC DINTER1/16<sup>ª</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206000716**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/04/2019** às **11:49**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **5/4/2018** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA OSCAR CAVALCANTE PORTO, 1** - Bairro: **DIOGO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

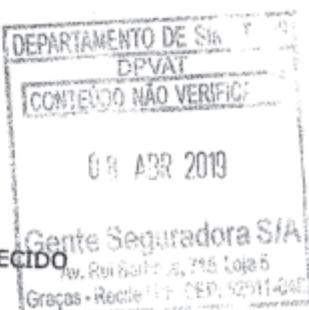
Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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



**MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CELESTE GOMES**  
**BARBOSA** Pai: **SEVERINO ADELINO DA SILVASU** Data de Nascimento: **1/9/1959** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1775906/SDS/PE (RG)**, **86283251404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU**  
**INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 81991123046**

Endereço Residencial: **RUA OSCAR CAVALCANTE PORTO, 294 - CEP: 55750000 - Bairro: DIOGO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

**COMPARECEU NESTA DP A SRA. MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 05/04/2018, POR VOLTA DAS 18:20 HORAS A MESMA FORA ATROPELADA EM FRENTE A SUA RESIDÊNCIA POR UMA MOTOCICLETA DE MARCA, COR, PLACA E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADO, QUE APÓS LHE ATROPELAR FUGIU DO LOCAL, ENQUANTO A MESMA FOI SOCORRIDA PARA A UNIDA DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO - 8º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS E EM SEGUITA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE-PE, CONFORME APRESENTOU CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº DIV.OP. 010/18-8º GB, DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA E FICHA DE ESCLARECIMENTO ATENDIMENTO 955661/2018 DO HOSPITAL DA**

**RESTAURAÇÃO (HR). DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.**

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

**MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**COInter/1 - 8º Grupamento de Bombeiros**

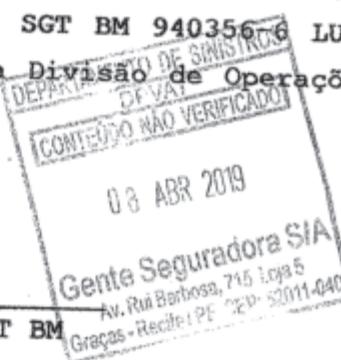
Surubim-PE, 14 de agosto de 2018.

*Saulo S. Gusmão*  
SAULO SILVA GUSMÃO Ten Cel QOC-BM  
Comandante

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº Div. Op. 010/18-8ºGB**

O auxiliar administrativo do 8º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Srª. MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA, RG 1382560 SSP-PE, Endereço: Rua Oscar Cavalcante Porto 294, Diogo - Surubim - PE, certifica que às 18h40min do dia 05 de abril de 2018, a AR 830 chefiado pelo Sd BM 711009-0 EZEQUIEL, foi deslocada para a Rua Oscar Cavalcante Porto, s/n Bairro do Diogo, Surubim-PE, a fim de atuar em uma ocorrência de atropelamento, onde ao chegarem no local encontraram à vítima, MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA, no solo em decúbito dorsal, consciente com um corte na parte occipital da cabeça, onde realizaram as avaliações primária e secundária, colocaram-na o colar cervical, e a conduziram a UPA DE SURUBIM, deixando-a sob os cuidados médicos do Dr. Karlo Felipe Elias, CRM-24898. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do relatório básico e de atendimento pré-hospitalar da ocorrência, que se encontra arquivado na Divisão de Operações da 1ªSB do quartel acima citado, segue apostado, com o sinete do 8ºGB e assinado por mim, 3º SGT BM 9403566 LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA, respondendo como auxiliar da Divisão de Operações do 8ºGB.

*LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA*  
LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA - 3º SGT BM  
Auxiliar Administrativo/8ºGB





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MARIO ESTANISLAU - NUM. - 20005 - SAO SEBASTIAO SURUBIM - PE 55750-000

DATA: 2019-02-23 11:12:27

TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

DADOS DO CLIENTE

MURIA APARECIDA SANTOS DA SILVA MATRÍCULA: 24520293 Rev/2019  
P/C V LAGOA QUEIMADA, N. 00294 - CENTRO SURUBIM PE 55750-000

IT. SCFICAO: 145.710.895.2750.000 GRUPO:4 DEB. AUTOMATICO: 024520293

SITUAÇÃO ÁGUA L: GÁGIO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIA	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A 13U126868	DATA LEIT. ANTERIOR 24/01/2019	DATA LEIT. ATUAL 23/02/2019		TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

ÁGUA:

LEIT. ANT: 136 CONSUMO:5  
LEIT. ATU: 141  
LEIT. FAT: 141

HISTÓRICO DE CONSUMO.  
REFERENCIA CONSUMO

01/2019 12  
12/2018 30  
11/2018 07  
10/2018 07  
09/2018 09  
08/2018 10  
MEIA: 13

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG.	PORT.	ANALISES
TURBIDEZ	63	63	63
COR APARENTE	63	63	0
CLORO RESIDUAL	63	63	63
COLIF. TOTAIS	63	63	63
E. COLI	63	63	63

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OB.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

ESCRITÓRIO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL - 1 UNID/ALUNO  
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

5/1 41,30

EM: 23/02/2019 11:12:27

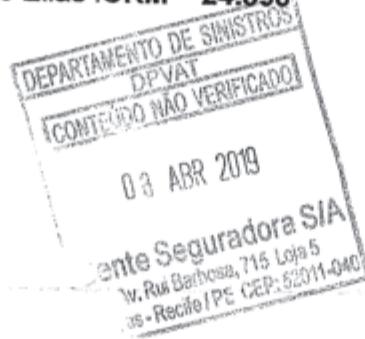
IMPRESSO





## - DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que a Sra. Maria Aparecida Santos da Silva, 59 anos, filha da Sra. Celeste Gomes Barbosa e do Sr. Severino Adelino da Silva, residente na Rua Oscar Cavalcante Porto, nº 294 - bairro Diogo, nesta Cidade. Solicitou no dia 01/02/2019 cópia do seu prontuário. A referida paciente foi vítima de atropelamento e trazida pelo Corpo de Bombeiros. Atendida nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 05/04/2018, pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias .CRM – 24.898



Surubim, 01 de Fevereiro de 2019.

*José Wagner Barbosa de Lima*  
Coordenador de Enfermagem  
Matrícula 10102  
Hospital Municipal de Surubim

*Ionara Soares de Andrade Silva*  
Ionara Soares de Andrade Silva  
SAME

Bombeiros (Acidente)

Atendimento:

Data e Hora: 05/04/15 19/20

Senha da Classificação:

Paciente: Mrs. Apaúcica Santos da Silveira

Sexo: F

Data de Nascimento: 03/09/59

Idade: 58 anos

Nome da Mãe: Celeste Gomes Palma Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Data Exp.: 1/1

C.P.F.: \_\_\_\_\_

CRN (Certidão de Registro de Nasc.): \_\_\_\_\_

Data de Emissão CRN: \_\_\_\_\_

Endereço: Oscar Peralta, Ponto 116 294

Bairro: 10 de Novembro

Cidade/UF: Jurubina-PE

Usuário Atendimento: Imara S.A.V.I.C.A

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

#### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

Paciente Faz encontros na SP tratada pelo Bombeiros  
Vítima de Acidente de trânsito chega com laceração  
no crânio e com estufa.

#### Exame físico

ECG, orientação consciente, espontânea.

#### Hipótese Diagnóstica

\_\_\_\_\_

#### Conduta Terapêutica

\_\_\_\_\_

#### Prescrição médica

\_\_\_\_\_

#### Destino:

- Encaminhamento ao Ambulatório  
 Residência  
 Transferido

Para: \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

Dr. Karlo Felipe Elias  
Médico  
CRM-PE 24898

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 955661/2018.

NOME: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA.

Foi atendido às 02h16 do dia 06.04.2018.

Diagnóstico provável: TCC - Fratura occipital (5)  
+ HEDA laminar  
(Afopelamento)

Tratamento realizado:

TAC de crânio / TAC de face  
RX do frácture  
TAC de crânio - controle  
Trat. conservador  
Suprimento clínico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEVAL  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

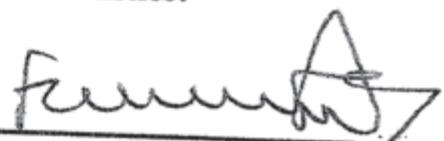
03 ABR 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6  
Graciosa - Recife PE CEP: 52011-040

Obs. Altar em 09.04.2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 14.05.2018



SES - Hospital da Restauração  
Dr. Franklin Serra  
Médico do SAME  
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040  
Fones: 31815451/31815572

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 162 8442

Nome: Maria Graciela Santos de

Foi atendido às 10 h do dia 06/04/08

Diagnóstico Provável Lesão encefálica (contusão)  
cic 10 (30 dias) data da alta 1/1/08

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:  
CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia )

VÔMITOS  
PARALISIAS ( que aparecem após a alta )

ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja  
Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL ) C/16

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Em 15 dias

Repetir 15 dias



ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento  
hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do  
Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação,  
Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
Central de Agendamento Ambulatorial  
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Agendamento

Consulta.....: 30/05/2018 6:00 Hr  
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO  
Médico.....: 9988 - CLAUDIONOR NOGUEIRA COSTA SEGUNDO  
Agenda.....: 40505

Informações do Paciente

Paciente.....: 1628947  
Nome.....: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA SIC Same.....:  
Sexo.....: FEMININO  
Fone.....: Residencial: (81) - 995403820 / Celular: () - Nasc.....: 01/09/1959  
Endereço.....: RUA OSCAR CAVALCANTE COUTO, 294 - LERIO DE CIMA - SURUBIM - PE - Cep: 55750-000  
Cidade.....: SURUBIM

Agendado por: THARCYZOLAS



**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 09/05/2018 6:00 Hr  
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO  
Médico.....: 9988 - CLAUDIONOR NOGUEIRA COSTA SEGUNDO  
Agenda.....: 40510

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 1628947

Same.....: *El*

Nome.....: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA SIC

Sexo.....: FEMININO

Fone.....: Residencial: (81) - 995403820 / Celular: () -

Nasc.....: 01/09/1959

Endereço.....: RUA OSCAR CAVALCANTE COUTO, 294 - LERIO DE CIMA - SURUBIM - PE - Cep: 5575

Cidade.....: SURUBIM

Agendado por: THARCYZOLAS

*Recomendado*

Dr. Cláudionor Segundo  
Médico  
CRM-PE 24294





**UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - UPAE  
DR. JOSÉ NIVALDO BARBOSA DE SOUZA**

PRONTUÁRIO: 82549

NOME: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA

DATA: 27/02/2019

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA - FICOR**

**Da UPAE Limoeiro para a Atenção Básica Municipal (PSF ou UBS).**

**Especialidade: ORL**

**Diagnóstico do Paciente: DISTURBIOS DO OLFATO**

**CID-10: R43 DISTURBIOS DO OLFATO E DO PALADAR**

**Conduita Terapêutica: NEUROLOGIA**

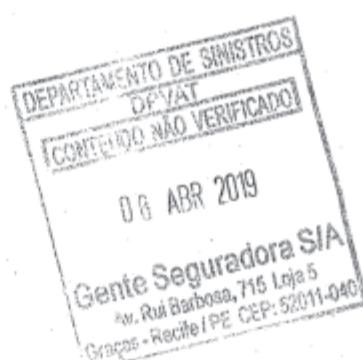
**Sugestões:**

Se caso necessitar de retorno, o paciente retornará de acordo com o fluxo da central de Regulação do município de origem.

Data: 27/02/2019

**Dra. KALINE RABELO BORBA CARVALHO**  
**CRM: 14343**

Kaline Borba  
CRM: 14343



Documento assinado digitalmente por: Dra. KALINE RABELO BORBA CARVALHO, CRM: 14343  
Certificado Digital de número: bf25a4e2c957f8d063e557f2829223e9, Data e Hora da validação: 27/02/2019  
11:03:36

MARG. PE-90 S/N, Fazenda Livramento, Limoeiro-PE - CEP: 55700-000  
Telefones: (81) 3628-8041 / 8042 / 8043 (Consultas) // (81) 3628-8045 / 8046 (Exames)  
[apamisurubim.org.br/upaelimoeiro](http://apamisurubim.org.br/upaelimoeiro)

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

SÉRIE: TIPO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA: JOÃO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04  
CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIALREGISTRO: 05705018  
UNICA  
PERÍODO: 08/03/2019  
00003019  
2011160088  
375008  
DISCRÍPÇÃO DA NOTA FISCAL:

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
188.000000	0,71250334	148,57

Consumo Ativo(kWh)  
IDMS Subversão-CDE-NF 041591017-10/12/18126,42  
21,18  
0,87

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190266380      **Cidade:** Surubim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA APARECIDA SANTOS DA      **Data do acidente:** 05/04/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
SILVA

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

**Data da análise:** 16/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA OCCIPITAL A DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PG.7 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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>
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 1.775.906 SDS/PE - CPF: 862.832.514-04
DATA DO ACIDENTE: 05/04/2018
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA
ENDEREÇO: POV. LAGOA QUEIMADA, 294, CENTRO, SURUBIM-PE

## OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.



SURUBIM- PE 31 JANEIRO 2019



Maria aparecida Santos da Silveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**2º TABELIONATO** - Tabelionato de Notas e Protestos de Surubim-PE  
Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE  
Fone: (81) 3634-1413 - E-mail: cartorio2notassurubim.creusa@gmail.com  
Creusa Maria Silva de Oliveira - Tabellaria Pública

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)MARIA APARECIDA SANTOS DA SILVA  
Dou fe. Surubim, quinta-feira, 31 de janeiro de 2019 - 10:30h  
Em Testemunho Elizabetinha da Nóbrega Nóbrega - 2º Substituta  
Total: 4,00 MILHÃO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
Selos(s): 0093214-HC201201901-03643-Rua Sete de Setembro  
Centro - SURUBIM-PE Consulta autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/e-digital](http://www.tjpe.jus.br/e-digital)