



Número: **0000255-14.2020.8.17.2780**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itapetim**

Última distribuição : **29/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
INALDO BRAGA DA SILVA (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71442021	23/11/2020 14:16	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200294548

Vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), INALDO BRAGA 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, contados 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

Carta nº 16045368





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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200294548

Vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), INALDO BRAGA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00917/00918 - carta\_11 - INVALIDEZ

00040459









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 170ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM -  
DP170ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0260000167

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/04/2020 às  
10:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Chuva (Granizada)  
que aconteceu no dia 11/4/2020 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: SÍTIO MIGUEL - ZONA RURAL -  
ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo ao MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 01.  
SÍTIO MIGUEL - ZONA RURAL - Bairro: CENTRO -  
ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR/AGENTE)  
CARLOS EDUARDO CAMPOS DA SILVA (TESTEMUNHA)  
CLECIANO CLEBSON DA COSTA (TESTEMUNHA)  
INALDO BRAGA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): INALDO BRAGA DA SILVA

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

INALDO BRAGA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
ALEXANDRE DA SILVA Data de Nascimento: 12/12/1975 Naturalidade: ITAPETIM /  
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5139659/AD9/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A)  
Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 49, RUA POETA PEDRO AMORIM - CEP:  
55099099 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

CARLOS EDUARDO CAMPOS DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: SUELY FERREIRA CAMPOS Data de Nascimento: 5/1/1981 Naturalidade:  
ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7896873/9D9/PE (RG) Estado Civil:  
CASADO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 01, TRAVESSA BOA ESPERANÇA - CEP:  
55099099 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

CLECIANO CLEBSON DA COSTA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
MARIA HEUMA RIBEIRO DA COSTA Data de Nascimento: 4/11/1987 Naturalidade: ITAPETIM /  
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2948423/SSP/RN (RG) Estado Civil: CASADO(A)  
Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 01, RUA POETA PEDRO AMORIM - CEP:  
55099099 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL



Boletim de Ocorrência

File:///C:/Users/PO LÍCIA CIVIL/Infopol/xm/BOEP

**A PRÓPRIA VÍTIMA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ALEXANDRE DA SILVA** Data de Nascimento: 13/12/1975 Naturalidade: ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8139669/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 46, RUA POETA PEDRO AMORIM - CEP: 55000000 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**VEÍCULO STRADA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **INALDO BRAGA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INALDO BRAGA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/FIAT/STRADA** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **AZUL** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Descrição: **VEÍCULO- CAMINHONETE ESTRADA, PLACAS NXW 1716- CHASSI 9ED278020MB7300001- COR AZUL- PROPRIETÁRIO INALDO BRAGA DA SILVA, QUE ESTAVA NA POSSE DO PROPRIETÁRIO.**

**Complemento / Observação**

EM 29/04/2020, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VÍTIMA ACIMA IDENTIFICADA, TENDO RELATADA QUE EM 11/04/2020, FORA VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, (TIPO COLISÃO), CONFORME DECLARAÇÃO EMITIDA PELO HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO. SEGUNDO A VÍTIMA, O FATO OCORREU NO SÍTIO MIGUEL, MUNICÍPIO DE ITAPETIM/PE, TENDO FRATURADO A PERNA DIREITA DO AUTOR, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE TRASFERIDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE, ONDE FORA REALIZADO PROCESAMENTO CIRÚRGICO. POR FIM, INFORMA QUE NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FOI COLOCADO DOIS PINOS NA PERNA DIREITA.

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

x *Inaldo Braga da Silva*  
**INALDO BRAGA DA SILVA**  
**(VÍTIMA)**

**A PRÓPRIA VÍTIMA**  
**(AUTOR / AGENTE)**

B.O. registrado por: **FRANCISCO ADAILSON CAMISSINHO DE SOUSA** - Matrícula: 3876786







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 035 490.494-70 3 - CPF da vítima: 035 490.494-70 4 - Nome completo da vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RESIDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 348/2013

5 - Nome completo: INALDO BRAGA DA SILVA 8 - CPF: 035 490.494-70

7 - Profissão: AGRICULTOR 9 - Número: 25 10 - Complemento: CASA 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITAPETIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.220-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DD): 33 99498 1472

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO-INSERIR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ OUTRO TITULAR

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (037) ☐ Itaú (041) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2340 9 CONTA: 11.032 9

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

22 - 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 do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

o Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

o O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou

o O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realize perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, ou discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado

24 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

27 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 28 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha pais/avós vivos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Nota-se que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura de testemunha

39 - 2º Nome: CPF: Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: ITAPETIM - PE 16/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Inaldo Braga da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

26

Ruimão de Rua 11-09-2010 às 19h

1. Equipe de Claudia Brito

2. Equipe de Petrólio Gouveia

3. Tereza Rita de Cassia Rodrigues de Sousa

4. Vanessa Lima Silva Nunes

5. M<sup>te</sup> de Socorro Lopes

Recepcionista: LINDINEI ROCHA

Condutor: ESPEDITO

APOIO = JOSÉ ROBERTO

VIGIA = RANGEL

1. GERALDO LARDINHA

No Dia entrada às 17:30 O SENHOR JIM  
BRAGA DA SILVA, de 44 anos. Apoi sofreu  
um acidente automobilístico onde o  
mesmo teve seu carro precipitado no  
carrão, realizando ~~atropelamento~~ X o mesmo  
com fraturas e com corte no homem e  
fratura e socorrido, avaliando por  
Drs. Claudia com H.D. = FRATURA FELMA  
AVALIADA PRA RECUPERAÇÃO ORTOPÉDICA SE  
TILIA. ONDE PORTA PEDRO AMORIM Nº 43 COM  
O AB. NACIONAL MIGUEL ARRÊS. Pá: 13 x 80,  
Eduardo Lopes.

GRUPO 1







# U.M.M.S

## UNIDADE MISTA MARIA SILVA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Itapetim - PE - FuSAM / SUS / PE

### BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº

Data e Hora:		Data Nasc.: 33.12.75	
Nome: Ronaldo Braga da Silva			
Mãe: Maria Alexandrina da Silva			
Profissão: Agente de Saúde	Sexo: m	Estado Civil: Casado	Escolaridade: Ensino Médio
Responsável:			
End. do Paciente: Rua R. Pedro Paulo Amorim N. 49 conj. 11600 Aracaju Alameda			
Bairro: Miguel Arras	Município: Itapetim - PE	Fone: 8994/1975	
Cartão SUS: 706400642032486		Doc. Identidade: 5139659	
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:	
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Preto	<input checked="" type="checkbox"/> Pardo
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Indígena

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

#### História e Exame Físico:

Paciente sofreu acidente automobilístico quando sofreu superaquecimento do M. direito com fratura do 1º metatarsiano direito e ferimento contuso no pé direito (dorso do pé)

#### Tratamento:

Foi realizado curativo e o paciente foi regulado para Afogado, da Inupzine onde foi submetido a cirurgia corretiva

Impressão Diagnóstica: Fratura do 1º metatarsiano direito

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☒

Removido para Hospital: Hospital Emilia Com. Sa

Óbito às \_\_\_\_\_ hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Claudia de Souza Leão Bitu  
Médica

CREMEPE 7308





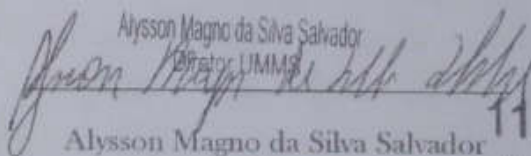
CONSTRUINDO NO PRESENTE, PENSANDO NO FUTURO

Unidade Mista Maria Silva  
Código: 2703505 CNPJ: 11.358.157/0001-00  
Rua Paulino Soares, s/n- Itapetim - Pernambuco.  
CEP: 56720-000  
Telefone: (87) 3853.1006  
Umms\_ita@hotmail.com

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o senhor Inaldo Braga da Silva, 44 anos, reside no Conjunto Habitacional Miguel Arras de Alencar zona urbana de Itapetim-Pe, foi vítima de um acidente automobilístico (colisão) com um pilar no dia 11 de Abril de 2020, deu entrada nesta Unidade de saúde às 17:30 horas, o mesmo estava acordado, orientado, apresentando corte, fratura e sangramento em MID, feito raio-x e constatado fratura de membro, o mesmo foi atendido pela equipe de plantão e liberado para aguardar atendimento especializado na cidade de Afogados da Ingazeira.

Itapetim-PE, 28 de Abril de 2020.

  
Alysson Magno da Silva Salvador  
Diretor UMMMS

Alysson Magno da Silva Salvador  
Diretor Administrativo  
Unidade Mista Maria Silva

11.358.157/0001-00

Unidade Mista Maria Silva  
Rua Paulino Soares S N  
CEP. 56.720-000  
ITAPETIM - PE

Rua Paulino Soares, S/N- Centro-CEP 56.720-000-Itapetim-PE-Fone-(0xx87)3853-1006  
CNPJ: 11.358.157/0001-00-E\_mail: umms\_ita@hotmail.com

Digitalizado com CamScanner



**PERNAMBUCO**

**GERALDO BRAGA DA SILVA**

**DOC. IDENTIDADE / ÔRGÃO EMISSOR / UF**  
**AL39659 DEF PE**

**CPF**  
**025.498.498-70**

**DATA NASCIMENTO**  
**13/12/1975**

**RELACÃO**  
**GERALDO BRAGA DA SILVA**  
**MARIA ALKANTARE DA SILVA**

**PROFISSÃO**  
**ENFERMEIRO**

**ACC**  
**ENFERMEIRO**

**CAT. NAC.**  
**AB**

**NÚMERO**  
**05967854641**

**VALIDADE**  
**15/06/2018**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**30/12/2013**

**Assinatura do Portador**  
*Geraldo Braga da Silva*

**DATA EMISSÃO**  
**15/06/2018**

**CHARGE**  
**67844331503**  
**PR085946790**

**PERNAMBUCO**

Digitalizado com CamScanner





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231041/20

**Vítima:** INALDO BRAGA DA SILVA

**CPF:** 025.490.494-70

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** INALDO BRAGA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**INALDO BRAGA DA SILVA : 025.490.494-70**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/08/2020  
Nome: INALDO BRAGA DA SILVA  
CPF: 025.490.494-70

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

\_\_\_\_\_  
INALDO BRAGA DA SILVA

\_\_\_\_\_  
JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

