

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

Nº Sinistro: **3180157986**

Vitima: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

Data do Acidente: **01/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180157986**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12642183



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE
Nº Sinistro: 3180157986
Vitima: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE
Data do Acidente: 01/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180157986**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE 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** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12643015



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**
Nº Sinistro: **3180157986**
Vitima: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**
Data do Acidente: **01/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180157986**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE 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** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12776950



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

Sinistro: **3180157986**

Vítima: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

Data do Acidente: **01/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA**

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 3180157986** 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.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, 27 de Maio de 2018

Carta nº: 12879407

A/C: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

Nº Sinistro: 3180157986
Vítima: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE
Data do Acidente: 01/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003016**

Conta: **0000030751-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.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: **3180157986**
Nome do(a) Examinado(a): **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ESCRITOR G J DA MATA nº 85 - C - CATENDE/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6548636 - SSP**
Data e local do acidente: **01/02/2018 PALMARES/PE**
Data e local do exame: **18/05/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSO. TROUXE RADIOGRAFIA DE 28/02 COM FRATURA AINDA NÃO CONSOLIDADA COM ELEMENTO METÁLICO. ALTA ORTOPÉDICA

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO

IV. Nexa 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:

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO 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): **TORNOZELO DIREITO**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

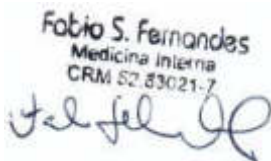
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ


Fabio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7

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



Seguradora
LÍDER
Instituição de Seguros DPVAT

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 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, 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 a 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 16 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

CPF da Vítima

012.854.024-99

Nome completo da vítima

Belchior Lucas Duarte de Albuquerque

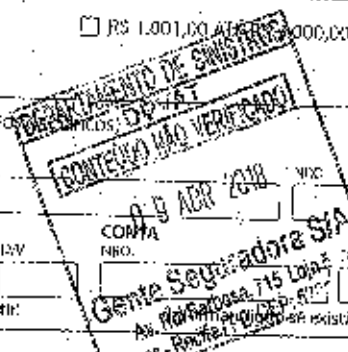
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Belchior Lucas Duarte de Albuquerque		012.854.024-99			
Endereço		Número		Complemento	
2 - Escalor G J da Mata		85			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Sacchar Diamante	Colândia	PE	55400-000		
Email					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (301) ☐ ITAU (347) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (304)							
AGÊNCIA NRO. 3016		CONTA NRO. 30751		☐ CONTA CORRENTE (todas as agências) BANCO Nome Agência NRO. 3016		COMTA NRO. 30751	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária, para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Belchior Lucas Duarte de Albuquerque 5 de Abril de 2018
Local e Data

Belchior Lucas Duarte de Albuquerque
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157986 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO. TROUXE RADIOGRAFIA DE 28/02 COM FRATURA AINDA NÃO CONSOLIDADA COM ELEMENTO METÁLICO. ALTA ORTOPÉDICA. APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/05/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

434625
0123924/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE IMPOSTOS E FINANÇAS
POLÍCIA ORÇ. DE PLANEJAMENTO
DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE ORÇAMENTAL

ANEXO I - CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 001/2018

CONTRATADA: EMPRESA DE SERVIÇOS DE TI

OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO SISTEMA DE CONTABILIDADE GERAL DO GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

VALOR: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais)

VALIDADE: 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do contrato.

FORMA DE PAGAMENTO: À VISTA.

ENDEREÇO: Rua da Constituição, nº 100

CIDADE: RECIFE - PE

CEP: 50000-000

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 15.123.456

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 123.456

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA CONTRATADA: _____



ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DO GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO: _____

DECLARAÇÃO DE VÁLIDez DA ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: O Sr. [NOME] declara que a empresa contratada possui condições técnicas e humanas para a execução dos serviços objeto do presente contrato.

DECLARAÇÃO DE VÁLIDez DA ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: O Sr. [NOME] declara que a empresa contratada possui condições técnicas e humanas para a execução dos serviços objeto do presente contrato.

DECLARAÇÃO DE VÁLIDez DA ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: O Sr. [NOME] declara que a empresa contratada possui condições técnicas e humanas para a execução dos serviços objeto do presente contrato.

DECLARAÇÃO DE VÁLIDez DA ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: O Sr. [NOME] declara que a empresa contratada possui condições técnicas e humanas para a execução dos serviços objeto do presente contrato.

1. NOME DO CONTRATANTE: [illegible]

2. ENDEREÇO DO CONTRATANTE: [illegible]
3. CIDADE: [illegible] - UF: [illegible]
4. CEP: [illegible]
5. DATA DE EMISSÃO: [illegible]

6. VALOR DO SEGURO: [illegible]
7. DATA DO SEGURO: [illegible]
8. VALOR DO SEGURO: [illegible]

9. VALOR DO SEGURO: [illegible]

10. VALOR DO SEGURO: [illegible]
11. VALOR DO SEGURO: [illegible]
12. VALOR DO SEGURO: [illegible]
13. VALOR DO SEGURO: [illegible]
14. VALOR DO SEGURO: [illegible]
15. VALOR DO SEGURO: [illegible]
16. VALOR DO SEGURO: [illegible]
17. VALOR DO SEGURO: [illegible]
18. VALOR DO SEGURO: [illegible]
19. VALOR DO SEGURO: [illegible]
20. VALOR DO SEGURO: [illegible]

21. VALOR DO SEGURO: [illegible]

22. VALOR DO SEGURO: [illegible]

23. VALOR DO SEGURO: [illegible]

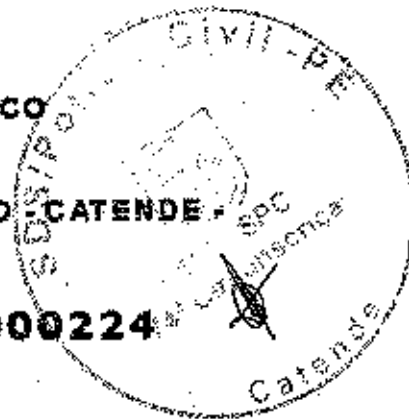
24. VALOR DO SEGURO: [illegible]



0123924/18



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 074ª CIRCUNSCRIÇÃO - CATENDE
DP74ªCIRC DINTER1/13ªDESEC**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0164000224

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/03/2018 às 08:41

Complementado pelo BO Número: 18E0164000229

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 1/2/2018 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 128, PROXIMO AO ENGENHO SANTO ANTONIO, PALMARES - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
MUNICIPIO DE PALMARES, 1 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
IVANILDO JOSE DOS SANTOS (OUTRO)
BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

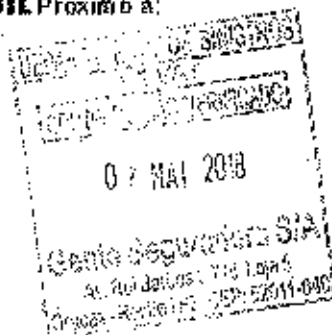
**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a):
Sr(a): BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

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

BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BERNADETE MARIA DE ALBUQUERQUE Pai: SEVERINO VICENTE DE ALBUQUERQUE FILHO Data de Nascimento: 23/8/1983 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 01288402406 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: SALGONISTA Telefones Celulares: - 888143743

Residência: RUA VEREADOR JOSE LUCIANO MELO, 147, JARDIM DIAMANTE, CATENDE - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE CATENDE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:



DESCONHECIDO

IVANILDO JOSE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Residência: **AGRESTINA, PE - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AGRESTINA, 1 - CEP: 55990-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

MOTOCICLETA CG 150 TITAN ESD (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **KFK7555** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO) Renavam: **022014434** Chassi: **SC2KCG08267R945624**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **MOTOCICLETA REGISTRADA EM NOME DE IVANILDO JOSE DOS SANTOS**

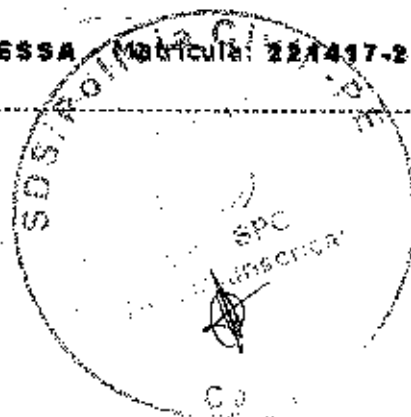
Complemento / Observação

INFORMOU QUE AO TRANSITAR NA PE 126, ENTRE AS CIDADES DE PALMARES E CATENDE, NAS PROXIMIDADES DO ENGENHO SANTO ANTONIO, SUA MOTOCICLETA FOI FECHADA POR VEICULO DESCONHECIDO, CONDUZIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA, QUE O FEZ SAIR DA PISTA E CAIR EM UM BURACO NO ACOSTAMENTO DA RODOVIA. EM SEQUIDA FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, ONDE RECEBEU CUIDADOS MÉDICOS, CONFORME FICHA DE EMERGENCIA EMITIDA PELO HOSPITAL.

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

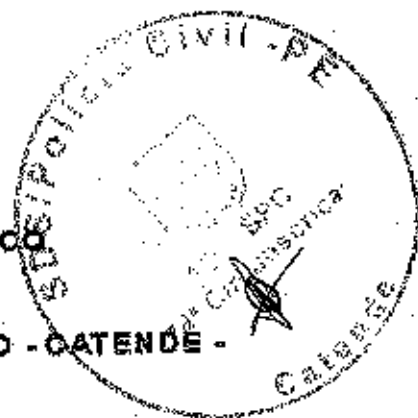
BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PAULO FERNANDO BARRETO LESSA** Matrícula: **221417-2**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 074ª CIRCUNSCRIÇÃO - CATENDE -
DP74ªCIRC DINTER1/13ªDESEC**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0164000229

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/03/2018 às
14:17**

Complementa o B.O. Número: 18E0164000224

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 1/2/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 129, PROXIMO AO ENGENHO SANTO
ANTONIO, PALMARES - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
**MUNICIPIO DE PALMARES, 1 - Bairro: CENTRO -
PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IVANILDO JOSE DOS SANTOS (OUTRO)
BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

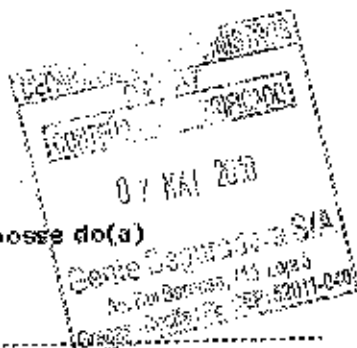
**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

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

**BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: BERNADETE MARIA DE ALBUQUERQUE Pai: SEVERINO VICENTE DE
ALBUQUERQUE FILHO Data de Nascimento: 23/9/1983 Naturalidade: CARUARU /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 91288482498 (CPF) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: BALCONISTA Telefones Celulares:
- 996143743**

**Residência: RUA VENEZADOR JOSE LUCIANO MELO, 147, JARDIM DIAMANTE, CATENDE -
CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE CATENDE, 1 - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO**



IVANILDO JOSE DOS SANTOS (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Residência: AGRISTINA, PE - AGRISTINA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO
DE AGRISTINA, 1 - CEP: 65000-000 - Bairro: CENTRO - AGRISTINA/PERNAMBUCO
/BRASIL

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

MOTOCICLETA CG 150 TITAN ESB (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANILDO
JOSE DOS SANTOS, que estava em posse de(a) Sr(a): BELCHIOR LINCOLN VICENTE
DE ALBUQUERQUE.

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: NÃO
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE) Unitária: 0,00 (REAL)

Placa: MFK7555 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 522014434 Chassi:
903KQ00297R045024

Ano Fabricação/Modelo: 2007/2007 Combustível: GASOLINA

Descrição: MOTOCICLETA REGISTRADA EM NOME DE IVANILDO JOSE DOS SANTOS

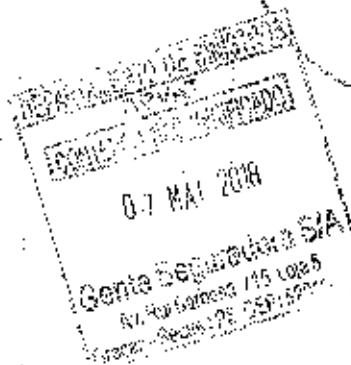
Complemento / Observação

INFORMOU QUE AO TRANSITAR NA PE 124, ENTRE AS CIDADES DE PALMARES E
CATENDE, NAS PROXIMIDADES DO ENGENHO SANTO ANTONIO, SUA MOTOCICLETA
FOI FECHADA POR VEICULO DESCONHECIDO, CONDUZIDO POR PESSOA NÃO
IDENTIFICADA, QUE O FEZ SAIR DA PISTA E SAIR EM UM BURACO NO
ACOSTAMENTO DA RODOVIA. EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL REGIONAL
DE PALMARES, ONDE RECEBEU CUIDADOS MÉDICOS, CONFORME FICHA DE
EMERGENCIA EMITIDA PELO HOSPITAL.

Assinatura de(a) pessoa(s) presente nesta unidade policial

BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE
(VITIMA)

B.O. registrado por: PAULO FERNANDO BARRETO LESSA - Matrícula: 221417/2 - PE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Belchior Lucas Viante de Albuquerque

CPF da Vítima

02.854.024-90

Data do Acidente

01-02-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Finalidade

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinale uma das opções abaixo:

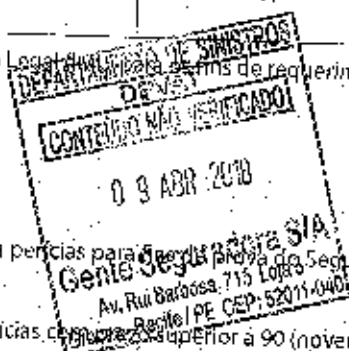
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias, cujo prazo é superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

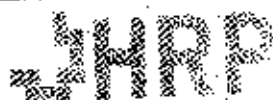
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Belchior Lucas Viante de Albuquerque 5 de Abri de 2018
Local e Data

Belchior Lucas Viante de Albuquerque
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Português

Data de Atendimento:

01/02/2018

Hora: 20:26:11

PRONTUÁRIO: 226203

Colaborador: STACENR25

Nº. Atendimento:

666942

Urgência / Emergência

Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CNS:

Sexo: Masculino

Nome: BELCHIOR LINCON VICENTE DE ALBUQUERQUE

Data de Nascimento: 23/08/1983

Idade: 34 Anos 4 Meses e 8 Dias

Pais ou responsáveis: MARIA DE ALBUQUERQUE

Endereço: RUA VERMADOR LUCIANO MELO, 147 - DIAMANTE - 55400000

Cidade: CARIMATÁ

Tel.: 81996142743

Hora de Atendimento: 20:26:11 Ms

Exame Físico:

A: Geral vis. após esta parva?

Sim ☐ Não ☐

O paciente fala? Sim ☐ Não ☐

Temperatura:

B: Respiratório:

C: Circulatório:

Exame Neurológico: Deficiência motora:

MND ☐ MSE ☐ MIO ☐ MRE ☐

Pupilas:

Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Exame:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Exame:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relacionada à Classificação de Risco:

APRESENTAÇÃO EDEMA EM TORNADOZELO DIREITO - ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO - MND APÓS QUEÇA DE ACOTO REFERE QUE ESTAVA COM CARACETE, NADA VOMITO E DESMAIO.

Observação:

Evolução da Enfermagem:

Desenho do paciente: () Alta para casa

() Encaminhamento ao Ambulatório

() Transferência para outra unidade

() Obito

() Outro

Procedimento do paciente: () Maltreatado

() Interferido

() Risco

Médico - Carimbo e Assinatura

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: 22/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000000030751-0

Nr. da Autenticação C8D88A618125C8FE

~~ESQ. 1010 LINE INCREASE 6.1 IN DISCERN~~

ALAN ZECHIN, *University of Illinois at Chicago*

REF ID: A53 624-07 NIS 73395501466

JAREMA CAMPBELL/CATENOE
CATENOE FE
55400-311

10-800-0000
 B1 RESIDENCY
 FAREWELL CRUISE
 10-800-0000

W004NDTAFZC01
11.364501

உயிர்ப்பு

Language

சுருஷியாடி 11

● **உயர்தரம்**

UNIT 4

STYLING: GARY COOPER

Wang

7014509398

07/2017

DATE OF SIGNATURE
12/07/2012

07/09/2014

TOTAL PAGE NO.

52,16

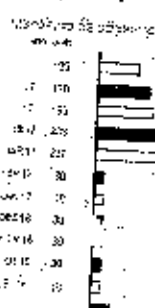
DESIGNER: A. J. K. & S. J. K.

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO ÁGUA DE 20 LITROS	26,00000000	0,1733773	-5,80
CONSUMO ÁGUA SUPERIOR A 20 LITROS	70,00000000	0,3055546	21,39
CONSUMO ÁGUA SUPERIOR A 100 LITROS	92,00000000	0,3555557	32,71
CONSUMO ÁGUA SUPERIOR A 100 LITROS			14,66
CONSUMO ÁGUA SUPERIOR A 100 LITROS			0,33
CONSUMO ÁGUA SUPERIOR A 100 LITROS			7,29
CONSUMO ÁGUA SUPERIOR A 100 LITROS			0,30
CONSUMO ÁGUA SUPERIOR A 100 LITROS			0,37
CONSUMO ÁGUA SUPERIOR A 100 LITROS			0,72
CONSUMO ÁGUA SUPERIOR A 100 LITROS			0,14

TOTAL DAFALISM

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Nº DO MOTOR	TIPO DA PUMPADA	ANDADOR		ATUAL		Nº DE DINIZ	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (LIT)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31-000-2	oil	08-12-2017	544500	22-07-2017	928030	30	1,0000		150 L



	BASE DE CALCULO	%	Valor abs.
WCB	41,21	1,42	

Consumption of non-ferrous metals		
Copper and alloys	%	10.12
Zinc and alloys	%	7.86
Aluminium and alloys	%	12.21
Potential demand	%	1.95
Engineering materials	%	3.21
Titanium	%	3.25
Total	%	40.74

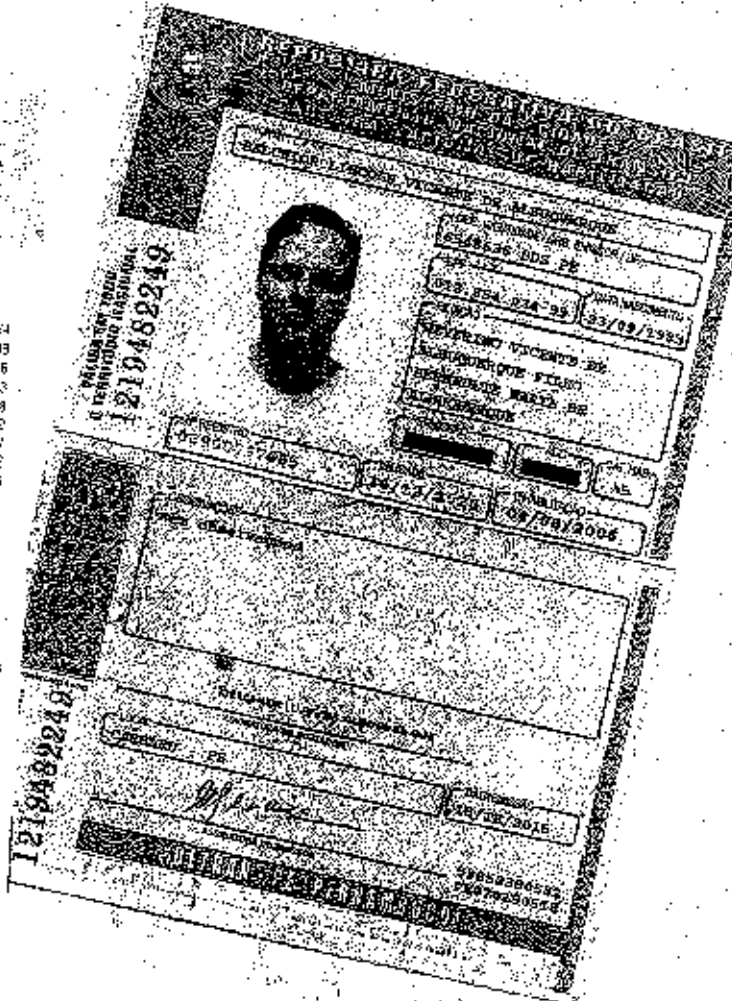
CONTINUA AL 20490 MWI
CONTINUA AL 20490 MWI
CONTINUA AL 20490 MWI

0167576
0167577

333B 70E4 333B C109 A070 545E EF2B 170X

[illegible][illegible][illegible]

D. 2000-2001 INVESTMENT STATEMENT					SUMMARY OF INVESTMENT		
DATE	AMOUNT	INTEREST	PRINCIPAL	TOTAL	DATE	AMOUNT	TOTAL
1/1/00	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/00	100.00	100.00
1/1/01	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/01	100.00	100.00
1/1/02	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/02	100.00	100.00
1/1/03	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/03	100.00	100.00
1/1/04	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/04	100.00	100.00
1/1/05	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/05	100.00	100.00
1/1/06	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/06	100.00	100.00
1/1/07	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/07	100.00	100.00
1/1/08	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/08	100.00	100.00
1/1/09	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/09	100.00	100.00
1/1/10	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/10	100.00	100.00
1/1/11	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/11	100.00	100.00
1/1/12	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/12	100.00	100.00
1/1/13	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/13	100.00	100.00
1/1/14	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/14	100.00	100.00
1/1/15	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/15	100.00	100.00
1/1/16	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/16	100.00	100.00
1/1/17	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/17	100.00	100.00
1/1/18	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/18	100.00	100.00
1/1/19	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/19	100.00	100.00
1/1/20	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/20	100.00	100.00
1/1/21	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/21	100.00	100.00
1/1/22	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/22	100.00	100.00
1/1/23	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/23	100.00	100.00
1/1/24	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/24	100.00	100.00
1/1/25	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/25	100.00	100.00
1/1/26	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/26	100.00	100.00
1/1/27	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/27	100.00	100.00
1/1/28	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/28	100.00	100.00
1/1/29	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/29	100.00	100.00
1/1/30	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/30	100.00	100.00
1/1/31	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/31	100.00	100.00
1/1/32	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/32	100.00	100.00
1/1/33	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/33	100.00	100.00
1/1/34	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/34	100.00	100.00
1/1/35	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/35	100.00	100.00
1/1/36	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/36	100.00	100.00
1/1/37	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/37	100.00	100.00
1/1/38	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/38	100.00	100.00
1/1/39	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/39	100.00	100.00
1/1/40	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/40	100.00	100.00
1/1/41	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/41	100.00	100.00
1/1/42	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/42	100.00	100.00
1/1/43	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/43	100.00	100.00
1/1/44	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/44	100.00	100.00
1/1/45	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/45	100.00	100.00
1/1/46	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/46	100.00	100.00
1/1/47	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/47	100.00	100.00
1/1/48	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/48	100.00	100.00
1/1/49	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/49	100.00	100.00
1/1/50	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/50	100.00	100.00
1/1/51	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/51	100.00	100.00
1/1/52	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/52	100.00	100.00
1/1/53	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/53	100.00	100.00
1/1/54	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/54	100.00	100.00
1/1/55	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/55	100.00	100.00
1/1/56	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/56	100.00	100.00
1/1/57	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/57	100.00	100.00
1/1/58	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/58	100.00	100.00
1/1/59	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/59	100.00	100.00
1/1/60	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/60	100.00	100.00
1/1/61	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/61	100.00	100.00
1/1/62	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/62	100.00	100.00
1/1/63	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/63	100.00	100.00
1/1/64	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/64	100.00	100.00
1/1/65	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/65	100.00	100.00
1/1/66	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/66	100.00	100.00
1/1/67	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/67	100.00	100.00
1/1/68	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/68	100.00	100.00
1/1/69	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/69	100.00	100.00
1/1/70	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/70	100.00	100.00
1/1/71	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/71	100.00	100.00
1/1/72	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/72	100.00	100.00
1/1/73	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/73	100.00	100.00
1/1/74	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/74	100.00	100.00
1/1/75	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/75	100.00	100.00
1/1/76	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/76	100.00	100.00
1/1/77	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/77	100.00	100.00
1/1/78	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/78	100.00	100.00
1/1/79	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/79	100.00	100.00
1/1/80	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/80	100.00	100.00
1/1/81	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/81	100.00	100.00
1/1/82	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/82	100.00	100.00
1/1/83	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/83	100.00	100.00
1/1/84	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/84	100.00	100.00
1/1/85	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/85	100.00	100.00
1/1/86	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/86	100.00	100.00
1/1/87	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/87	100.00	100.00
1/1/88	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/88	100.00	100.00
1/1/89	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/89	100.00	100.00
1/1/90	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/90	100.00	100.00
1/1/91	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/91	100.00	100.00
1/1/92	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/92	100.00	100.00
1/1/93	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/93	100.00	100.00
1/1/94	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/94	100.00	100.00
1/1/95	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/95	100.00	100.00
1/1/96	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/96	100.00	100.00
1/1/97	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/97	100.00	100.00
1/1/98	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/98	100.00	100.00
1/1/99	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/99	100.00	100.00
1/1/00	100.00	0.00	0.00	100.00	1/1/00	100.00	100.00



DECLASSIFIED BY SP-1000
DATE 05-10-2001
REASON FOR DECLASSIFICATION
E.O. 12958-2
Center for Security Studies
At the National Archives
College Park, MD 20740-6001

2a VI A

www.celpa.com.br

Ourvidoria 0800 282 5699

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

22/11/2017 13:03

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JESSICA KAROLINE MORAIS B. M. NASCIMENTO
CPF: 090.853.624-07 NIS: 13952001455

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ESCRITOR G J DA MATA 85

JARDIM DIAMANTE/CATENDE
55400-000 CATENDE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

15/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

98,66

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

015569427

CONTA CONTRATO

007014609398

Nº DO CLIENTE
2012984563Nº DA INSTALAÇÃO
0009307639

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

CF25.6953.F714.E7F9.7A88.DA2B.097F.0D1F

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

RECEBUE

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 50 kWh	30,00	0,24496967	7,34
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,41994303	29,39
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	70,00	0,62992205	44,09
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,39
Contribuição Iluminação Pública			12,74
ICMS Subvenção CDE-NF 007908615-07/03/18			0,95
Multa por atraso-NF 007908615-07/03/18			2,04
Juros por atraso-NF 007908615-07/03/18			1,02
Atualização IGPM-NF 007908615-07/03/18			0,63
TOTAL DA FATURA			98,66

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
B1,21	25,00	20,30	B1,21	1,12	0,90	B1,21	5,32	4,32

11 MAI 2018		Gente Seguradora S/A	
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5		Craças-Recife/PE CEP: 52011-040	
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 50 kWh	2,16736121	MAI 18	170
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,26781437	ABR 18	246
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43187695	MAR 18	212
		FEV 18	177
		JAN 18	246
		DEZ 17	230
		NOV 17	196
		OUT 17	167
		SET 17	138
		AGO 17	129
		JUL 17	132
		JUN 17	170
		MAI 17	183
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Grupo de Energia	23,02 23,43		
Transmissão	2,31 2,84		
Distribuição (Celpe)	16,06 23,38		
Energia Solar	9,84 9,84		
Tributos	25,61 21,42		
TOTAL	81,21 160		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO VENDEDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº NIS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000313307150	CAT	05/04/2018	7.340,00	08/05/2018	7.516,00	32	1,20000	0,00	170,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
		maio/2018			
DIC-Med de horas sem Energia		0,00	5,01	11,42	23,64
ISC-Med de horas sem Energia		0,00	3,42	4,06	19,70
DMIC-Duração Média de Interrupção contínua		0,00	3,48	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 42,22
BIUS-Valor do Encargo de Uso					R\$ 28,05
Toda Consumidora pode solicitar a suspensão dos índices de DIC, ISC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,80% para Alta Tensão-REH 2.388/18.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%an(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - RS 41,68.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007014609398	MÊS/ANO 05/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 98,66	VENCIMENTO 15/05/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	---

838700000001 986600110073 014609398105 132942493138



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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/BIBLIOTECAS/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

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

² 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 **MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **624.618.184-87**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **Belchior Lincoln V. de Albuquerque** inscrito (a) no CPF sob o Nº **012.854.024/99** do sinistro de DPVAT, cobertura **Invalididez** da Vítima **Belchior Lincoln V. de Albuquerque** inscrito (a) no CPF sob o Nº **012.854.024/99**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ apresentando os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

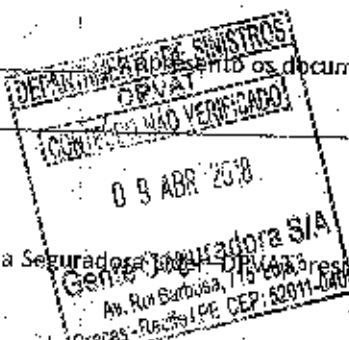
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: CD QUILOMBO DOS PALMARES – QD 11		Número 9	Complemento
Bairro: Quilombo II	Cidade: Palmares	Estado: PE	CEP: 55540-000
Email: valdelena dpvat@hotmail.com		Telefone Comercial 81 994170338	

Recife, 09 de Abril de 2018

Local e Data

Maria Valdelena Almeida Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IVANILDO JOSE DOS SANTOS

RG nº 500 2835, data de expedição 14/07/1993

Órgão SSP, portador do CPF nº 021 615 224-00, com domicílio na cidade de AGRESTINA, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MARIA CARMELO DOS SANTOS, nº 71,

complemento IPIRANGA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE cujo o condutor era BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

Veículo:

Modelo:

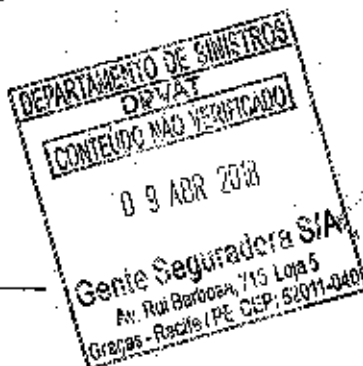
Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente: 01-02-18

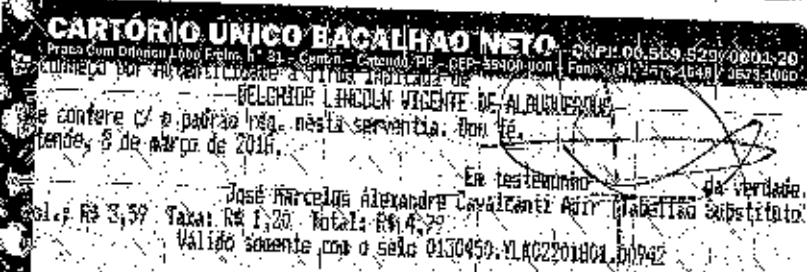
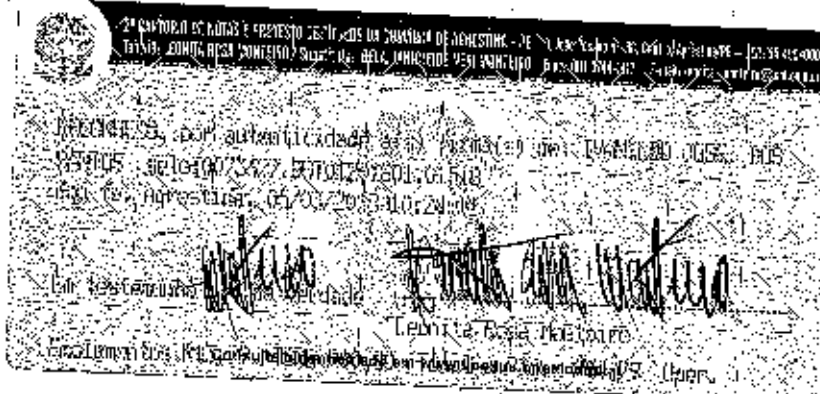
Local e Data: AGRESTINA, 05-03-2018



Ivanildo Jose dos Santos
Assinatura do Declarante

BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IVANILDO SOUZA DOS SANTOS

RG nº 500.8835, data de expedição 14/07/1993

Órgão SSP portador do CPF nº 021.615.224-00, com domicílio na cidade de AGRESTINA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MARIA MARILIANO DOS SANTOS, nº 71,

complemento 1 Pizanga, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima BELCHIO LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE cujo o condutor era BELCHIO LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 150 Titan ES

Ano: 2007

Placa: KFK 15485

Chassi: 962KC08207R045624

Data do Acidente: 01.02.18

Local e Data: AGRESTINA, 05-03-2018



Ivanildo Souza dos Santos
Assinatura do Declarante

BELCHIO LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

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



CARTÓRIO ÚNICO BACALHAO NETO - Cartório nº 529/2001-20
 Praça da República, nº 21 - Centro - Recife - PE 50000-000 - Fone: (81) 3222-5544 / 3222-5545
 E-mail: cunib@cartorio1.pe.gov.br
BELOHIO LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE
 Confere o padrão rég. desta escritura. Data 18
 de março de 2018.
 En testemunha da verdade.
 José Marcelino Alexandre Cavalcanti, dir. Cartório Sinistralato.
 01.03.18 Taxa: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,75
 Válido somente para o caso 013440.VL02201801.0042



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	2428393
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHÃES	2428393

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário			
Beation UNION VIEIRA DE ARAUJO	226203			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
	23/9/83	M	branca	br
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
M. de Albuquerque				
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N° Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
R. Reticador Luciano Melo		PE	55400-000	
20 - Município	21 - IBGE	22 - UF	23 - CEP	
ATENOIA		PE	55400-000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
REFUSE DOU GU TAVOLERO DI NARCO APÓS ACIDENTE MOTOR

25 - Condições de Internação

25 - Condições de Internação
como acima

26 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

26 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RX + ANAMNESE

27 - Diagnóstico Clínico

27 - Diagnóstico Clínico	28 - CID 10 Principal	29 - CID 10 Secundário	30 - CID 10 Causa Associada
trauma de cabeça	S02.3		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - Descrição do Procedimento Solicitado	32 - Código do Procedimento
internamento	04080505

33 - Especialidade	34 - Caráter de Atendimento	35 - Documento	36 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
Ortopedia	Internar	() CNS () CPF	

37 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	38 - Data da Solicitação	39 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)
Marcio Ferreira	01/02/18	

PREENCHER EM CASO DE CAUDAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - () Acidente de Trânsito	41 - CNPJ Seguradora	42 - N° Bônus	43 - () Sítio
44 - () Acid. Trabalho Trajeto	45 - CNPJ / Empresa	46 - CNAE / Empresa	47 - CSOR
48 - () Acid. Trabalho Trajeto			

49 - Vínculo com a Previdência

() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

49 - Nome do Profissional Autorizador	50 - Cód. Órgão Emissor	51 - N° da Autorização da Internação Hospitalar
	E260000003	26181037315
52 - Documento	53 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
54 - Data da Autorização	55 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	

neenergia

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 411, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50104-022
CNPJ 10.878.882/0001-00 | Tel: 81 3106.13-13 | www.ene.com.br

DADOS DO CLIENTE
JESSICA KAROLINE MORAES, B. M. ASSUMEN

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SCHMITZ G. L. A. N. 1. 85

PF 020 852 524-07 HIS 138530G 1455

JARDIM TAMARIS SANTANA
CATENDI, PE
55411-300

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
CATEGORIA COMUM
Monofase

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
31660531 31660531 31660531

PERÍODO DE CONSUMO
01/07/2017 01/07/2017 01/07/2017

DATA DE EMISSÃO: 01/07/2017
VALOR DO DÉBITO: R\$ 52,16

Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
50,000000	0,115577	5,78
70,000000	0,335504	23,50
82,000000	0,468325	38,44
		67,72
		7,66
		0,33
		0,47
		0,78
		0,16

TOTAL DA FATURA

52,16

Nº DE	TURNO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE	CONSUMO	VALOR
013000	01	013000	01/07/2017	54000	01/07/2017	55012	01	1012	52,16

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	VALOR DO DÉBITO
Despesa de Distribuição	5,78	11,08%	5,78
Transmissão	1,33	2,55%	1,33
Despesa de Operação	2,41	4,62%	2,41
Perdas de Energia	8,93	17,12%	8,93
Despesa de Manutenção	2,80	5,37%	2,80
Impostos	1,22	2,34%	1,22
Total	21,47	41,18%	21,47

SELO DE PAGAMENTO: 01/07/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE AT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52511-000

CONSUMO	VALOR	LEITURA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
013000	5,78	11/07/17	491	11/07	22,64	200	202
013000	1,33	01/07/17	089	01/07	15,70	202	203
013000	2,41	01/07/17	000	01/07	0,00		

PHOTOCOPYING: PERMITTED



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157986 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

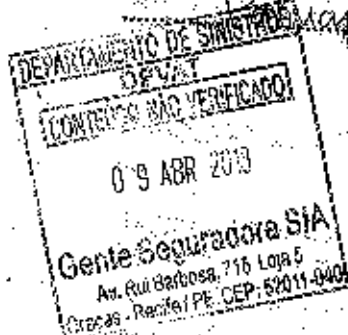
Outorgante: Belchior Lúcio de Albuquerque, Brasileiro(a), estado
Civil Casado, profissão policial, residente e domiciliado à Rua
Paulista Garçonino, nº 82, bairro Jardim Diamante,
Município de Colatina, Estado ES, Cep: 6548636,
Rg nº 6548636, órgão emissor SSP-PE e CPF nº 012.854.024-99

Outorgado(a): Maria Valdeana Almeida da Silva, inscrito(s) no CPF sob o nº
624.518.184-87, Carteira de Identidade nº 2.875.652, órgão emissor SSP-PE, estado
civil: divorciada, Assistente Social, registro nº 7713, com endereço na Rua: CD
Quilombo das Palmeiras, 9 QD II, Palmares, Cep: 55540-000, Palmares-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)
Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à
qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que
vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr(a)
Belchior Lúcio de Albuquerque, ocorrido em
Colatina, ES, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo o (a) dito(a) procurador(a), representar o (a) outorgante junto a seguradora Lides
dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o
bom e fiel cumprimento deste mandato.



5 de Abril de 2018

Belchior Lúcio de Albuquerque
Outorgante

[Assinatura]

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO ÚNICO BACALHAO NETO
Rua Quilombo das Palmeiras, nº 31 - Centro - Colatina/ES - CEP: 35200-000 - Fone: (51) 4623.2316 / 3673.1053
CNPJ: 00.559.629/000120
Confesso por autenticidade a firma indicada de
BELCHIOR LÚCIO DE ALBUQUERQUE
e confere a o padrão legal, nos termos da Lei nº 11.042, de 8 de março de 2010.
Em testemunho da verdade
Sebastião Bacalhão de Albuquerque Neto (Tabelião)
Data: 09/04/2018 Valor R\$ 1,20 Total: R\$ 4,77
Válido somente com o selo 0130450-85/0201801-00975