



Número: **0000493-71.2020.8.17.2250**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Belém São Francisco**

Última distribuição : **09/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
P. R. D. S. L. (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12873 2746	23/03/2023 08:25	ANEXO 2	Ações processuais\Documento de Comprovação

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO PEREIRA LEAL**

Nº Sinistro: **3180183061**

Vitima: **PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL**

Data do Acidente: **11/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183061**.

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

Pag. 01155/01156 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 12715845



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO PEREIRA LEAL**

Sinistro: **3180183061**
Vítima: **PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL**
Data do Acidente: **11/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180183061** 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

Pag. 00469/00470 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12735808



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Carta nº: 12816362

A/C: FABIO PEREIRA LEAL

Nº Sinistro: 3180183061
Vitima: PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL
Data do Acidente: 11/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ

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: FABIO PEREIRA LEAL

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003491

Conta: 000006942-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

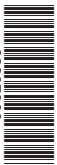
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01169/01170 - carta_15R - INVALIDEZ

00020585



DH

DH

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT
 AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175
 RECIFE ANTIGO
 RECIFE-PE
 50.030.000

FC0025/38
 Peso (kg) 1,044
 AR
 MP
 Correios
 DY 10492020 5 BR
SEDEX



AC - SERRA TALHADOUR
 11.12.2017
 DR - PE

AC - SERRA TALHADOUR
 11.12.2017
 DR - PE



DE: ROSANA MENEZES
RUA: ORACIO DE ANDRADE
103, SALA 02
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP:56.900.000



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 328.487.744-28	Nome completo da vítima Pedro Richele da Silva Leal
---------------------------	---------------------------------	--

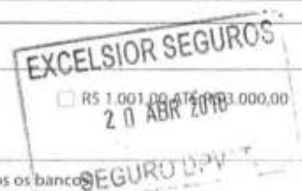
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Fabio Pereira Leal	CPF titular da conta 072.929.524-96	Profissão Agricultor
Endereço R: João Cipriano Freire	Número 391	Complemento CS
Bairro Centro	Cidade Itacuruba	Estado PE
Email	CEP 56430-000	Telefone (DDD) 9634-4907

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
AGÊNCIA NR/CO: 3495 DIV: <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NR/CO: 6942 DIV: 7 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome: _____ NR/CO: _____ AGÊNCIA NR/CO: _____ DIV: _____ (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.

Serra Talhada de 03 de 2018



 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário





0143171/13



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 192ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITACURUBA -
DP192ªCIRC DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0282000010

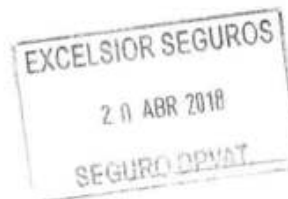
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/03/2018** às
11:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **11/2/2018** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITACURUBA, 1 - Bairro: CENTRO**
- **ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ERINALDA DAS NEVES SILVA (NOTICIANTE)
BRUNA LEAL DOS SANTOS (TESTEMUNHA)
EDICLAUDIA FRANCISCA DA SILVA (TESTEMUNHA)
PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL (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)

ERINALDA DAS NEVES SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
EROTIDES CECILIA DAS NEVES SILVA Pai: **ARNALDO PEDRO DA SILVA** Data de
Nascimento: **3/1/1988** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
7780431/SDS/PE (RG), 07260308486 (CPF) Estado Civil: **ANASIAADO(A)** Escolaridade: **1º.**
GRAU COMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **87988231240**

Endereço Residencial: **RUA JOAO CIPRIANO FREIRE, 391 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO -**
ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ERINALDA DAS NEVES SILVA Pai: **FABIO PEREIRA LEAL** Data de Nascimento: **29/6/2007**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10124692/SDS/PE**
(RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA JOAO CIPRIANO FREIRE, 391 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO -**
ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: . Pai: . Data de
Nascimento: **1/1/1970** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



BRUNA LEAL DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA LEAL Pai: CICERO MIGUEL DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/12/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 19366748486 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: RUA MAJOR RUFINO GOMES DE SA, 23 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

EDIGLAUDIA FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: FRANCISCA CLARA DA CONCEIÇÃO Pai: PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 29/3/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7566357/SDS/PE (RG) Estado Civil: SEPARADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTOCICLETA BROS**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, ERINALDA DAS NEVES SILVA, PARA NOTICIAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE OCORREU COM SEU FILHO, PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL, O QUAL TEM DEZ ANOS DE IDADE. DE ACORDO O RELATO DA NOTICIANTE SEU FILHO TRANSITAVA DE BICICLETA NA AVENIDA PRINCIPAL DESTA CIDADE DE ITACURUBA, QUE INESPERADAMENTE FOI ATINGIDO POR UMA MOTOCICLETA BROZ. PEDRO RICKELME FOI SOCORRIDO POR SUA TIA, BRUNA LEAL DOS SANTOS, PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, NO DIA SEGUINTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE FLORESTA E DEZ DIAS APÓS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL HOSPAM NA CIDADE DE SERRA TALHADA ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA. ERINALDA INFORMA QUE PEDRO RICKELME SOFREU UMA FRATURA NA MÃO DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

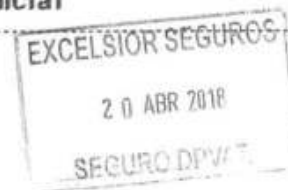
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Erinalda das Neves Silva

**ERINALDA DAS NEVES SILVA
(NOTICIANTE)**

**PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL
(VITIMA)**

**EDIGLAUDIA FRANCISCA DA SILVA
(TESTEMUNHA)**



B.O. registrado por: **CARLOS FRANCISCO LAUREANO ALVES** - Matrícula: **319642-9**



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 interdita 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: Yedro Ricketme da Silva Leal CPF da Vítima: 328.487.744-28 Data do Acidente: 31/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Fabio Pereira Leal CPF do Representante legal: 072.929.524-96
Email: _____ Telefone (DDD): _____

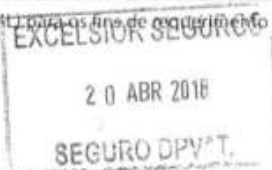
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar 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 prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo 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.



Servo falhada, 22 de 03 de 2018

Local e Data



X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE COMARCA DE BELÉM



PERNAMBUCO DO SÃO FRANCISCO



ANOREG-PE ATO GRATUITO AAB: 074795



Distrito de Itacuruba — Município de Itacuruba — Pernambuco Cartório Único do Registro Civil e de Casamentos

WLANDIMAR LOPES DE LIMA Oficial Titular do Registro Civil

Certidão de Nascimento Nº 4.810

Wlandimar Lopes de Lima Oficial do Cartório do Registro Civil de Itacuruba — PE Termo Judiciário da Comarca de Belém do São Francisco — PE

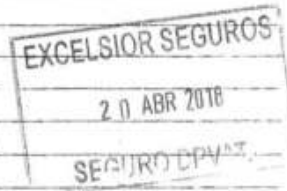
CERTIFICO que, às fls 174V, do livro nº A-14, de Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL

nascido aos Vinte e Nove de Junho do ano de Dois Mil e Sete, 29/06/2007, às 00:00 horas e 40 minutos, em Maternidade Ana Carolina Ferraz, em Floresta-PE.

do sexo Masculino

filho de Fábio Pereira Leal natural de Pernambuco e de Dona Erinalda das Neves Silva natural de Pernambuco

Sendo avós paternos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX e Dona Maria da Conceição Pereira Leal e Avós Maternos Arnaldo Pedro da Silva e Dona Erotides Cecilia das Neves Silva Foi declarante Os genitores e servirão de testemunhas Nesivaldo Luis da Silva e Fabiana Alba da Silva Oliveira



Observações: 1ª Via.

O referido é verdade e dou fé. Itacuruba-PE 16 de Julho de 2007.

Handwritten text: 2007/07/16, Itacuruba-PE, Cartório do Registro Civil, Termo Judiciário nº 17

Handwritten signature of Wlandimar Lopes de Lima, Oficial do Registro Civil



UNIDADE MISTA MANOEL NOVAES

Data: 11/02/2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº Ocorrência:

Hora Chegada: 19:10

Hora Saída: 19:50

Setor: Ambulatório

Nome: Pedro Ricardo da Silva Deal

Data Nasc: 29/06/2017 Idade: 10 Sexo: M F Cor: Preta Profissão:

CNS: 898003461643364 Telefone: Estado Civil: Menor

Endereço: Rua João Felipe Freire Bairro: Centro Cidade: Itacumbá

Grau de Instrução: Analfabeto 1º Grau 2º Grau Superior

Responsável: * Eirinalda das Neves Silva

Trazido por Acompanhante:

Paciente chegou ao serviço Andando Maca Cadeira de Rodas Ambulância Auto Outros

Funcionário: _____

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel ônibus Moto Outros Qual? _____ Ignorado

Fator de Proteção: Cinto/Capacete Sim Não Ignorado

Moto: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Qual? _____ Ignorado

Indo/Voltando do Trabalho Sim Não Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Qual? _____ Ignorado

Local de Órgão: _____ Trabalho / End: _____ Ignorado

OUTRO TIPO ACIDENTE

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimaduras Choque Elétrico Ignorado Outro

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo Arma Branca Espancimento Outro Qual? _____ Ignorado

Modo: Assalto Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Qual? _____ Ignorado

AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

Por: Arma de Fogo Enforcamento Drogas Queda de Nível Outro Qual? _____ Ignorado

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Qual? _____ Ignorado

NOTIFICAÇÃO - NEPI - DIA

nº da Notificação: _____ SE Investigado S N Agravo: _____

PRONTO ATENDIMENTO

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

USO DE MEDICAMENTOS: _____

TEMP 36°C FC _____ FR _____ PA _____

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME FÍSICO _____

EXAMES SOLICITADOS: Fraturas no punho direito

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fraturas do osso do punho.

Dr. Jorge R. de Sá Carvalho
Médico
2072

Ass. do Médico (Carimbo - Nome Nº CRM)

Dr. ortopedista

EXCELSIOR SEGUROS
20 ABR 2018
SEGURO I.P.V.A.T.



Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

ACQUANTO O 10 7112100

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DESTINO

Para Residência Internado Evasão Ignorado Óbito Outros

Transferido Para: _____ Dia: ___/___/___ Hora: _____

Nº	PROCEDIMENTOS REALIZADOS				PARECER / CONSULTAS		
	PROCEDIMENTOS	QTD	CNS		CBO	CNES	CNPJ
1							
2							
3							

TERAPIAS USG TIPO _____ HEMOGRAMA COLEST. BILIRRUBINAS MEDICAMENTOS
 FISIOTERAPIA TOMOGRAFIA TIPO _____ PLAQUETA URÉIA SÓDIO CARBEGOLINA
 HEMOTERAPIA RX TIPO _____ GLICOSE CREATININA POTASSIO CAVERDILOL
 CURATIVOS SONDAGEM TIPO _____ TRIGL PCR ACIDO URICO MATERGAN
 ECG REDUÇÃO IMOBILIZAÇÃO TROPONINA S. DE URINA CPK
 TELEMEDICINA LIMPEZA SUTURA RETIRADA DE CORPOS ESTRANHO
 HEMOTERAPIA NEBULIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA / INTERNAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Enfermeira: _____ Coren: _____ Médico: _____ CRM: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

TERMOS DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO

Estou ciente das normas existentes nesse hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e / ou cirúrgico, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: ___/___/___ Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO

Responsabilizo-me pela mediana retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato posso advir.

Data: ___/___/___ Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO: 318018306101

VALOR TOTAL: 843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO PEREIRA LEAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03491

CONTA: 000000006942

Número da Autenticação

7D2A1168B2042A34





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50.150-952
 CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 000943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ERINALDA DAS NEVES SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOAO CIPRIANO FREIRE 391

CPF: 072.803.084-88 TRD: 16017785168

CENTRO/ITACURUBA
 ITACURUBA PE
 56430-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BARRA RENÇA QUELMOZOLA
 Monofásica

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
007837260	UNICA	02/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
0303/2016	2010285856	6153517

CONTA CONTRATO	MÉDANO
7002591353	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
12/03/2018	03/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	19,46

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 50 kWh	50,0000000		0,00
Consumo Abaixo superior a 50 até 100 kWh	50,0000000	0,29538364	14,76
Contribuição Iluminação Pública			3,12
Multa por atraso - NF 000142035 - 07/13/17			0,54
Multa por atraso - NF 000142035 - 07/13/17			0,53
Atualização ICPM - NF 000142035 - 07/13/17			0,41

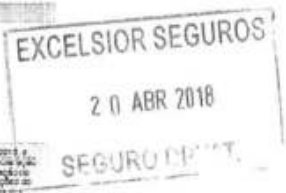
TOTAL DA FATURA 19,45

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
F188320	CAT	02/02/2018	9.184,00	03/03/2018	9.284,00	28	1,00000		100,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
<p>Consumo Abaixo de 50 kWh</p> <p>Consumo Abaixo superior a 50 até 100 kWh</p>	<p>BASE DE CÁLCULO</p> <p>ICMS 14,76 0,62</p> <p>PIS 14,76 0,31</p> <p>COFINS 14,76 0,31</p>	<p>Valor do imposto</p> <p>ICMS 14,76 0,62</p> <p>PIS 14,76 0,31</p> <p>COFINS 14,76 0,31</p>
<p>GERAÇÃO DE ENERGIA R\$ 5,86 38,35%</p> <p>TRANSMISSÃO R\$ 0,50 4,07%</p> <p>DISTRIBUIÇÃO (CELPE) R\$ 4,90 32,17%</p> <p>PERDAS DE ENERGIA R\$ 1,47 9,36%</p> <p>ENERGIA SERVIDA R\$ 1,45 9,32%</p> <p>TRIBUTOS R\$ 0,53 4,57%</p> <p>Total R\$ 14,78 100%</p>	<p>TARIFAS APLICADAS</p> <p>Consumo Abaixo de 50 kWh 0,00000000</p> <p>Consumo Abaixo superior a 50 até 100 kWh 0,29538364</p>	<p>RESERVAÇÃO FISCAL</p> <p>148A EDAS FEFC C7D1 78D1 881D CA75 797B</p>

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Esta conta de fatura é lançada em vigor a partir da data de emissão. Mais informações em: www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a validade da fatura e a correta aplicação da tarifa. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores de baixa renda e não pode ser utilizada para a aquisição de bens e serviços. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores de baixa renda e não pode ser utilizada para a aquisição de bens e serviços. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores de baixa renda e não pode ser utilizada para a aquisição de bens e serviços.



ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUÍ CONTAS EM ADETO

Conta	Valor	Conta	Valor
080216	27,77	020218	30,81

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, sem prejuízo da cobrança de juros e multa por inadimplência. Esta comunicação não substitui o envio de cobranças anteriores, bem como não substitui a emissão de boletim de cobrança que poderá ser enviado após o término do prazo.

CONTA	DIBATAÇÃO E EXCESSOS DAS INTERFERÊNCIAS			NÍVEL DE TENSÃO		
	LIMITE ANUAL	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE MENSAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (H)	LIMITE DE VARIAÇÃO (M)
ERC	0,00	11,30	22,61	45,23	220	231
FC	0,00	7,87	15,74	30,88		
DMC	0,00	5,18	0,00	0,00		

Linha DOR: 16,50 R\$00 - Valor de Energia por Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 7,08

CONTA CONTRATO MÉDANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
 7002591353 03/2018 12/03/2018 19,46

83850000000-8 19460011007-3 00259135310-1 11443672233-6



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rozana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabio Pereira Leal inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.929.524 / 96, do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Pedro Rickelme da Silva Leal, inscrito (a) no CPF sob o Nº 328.487.744 / 28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

EXCELSIOR SEGUROS
20 ABR 2018
SEC JUR 01

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

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

Endereço <u>R: Francisco Orlau</u>	Número <u>330</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>
CEP <u>56912-330</u>		Telefone celular (DDD)
Email	Telefone comercial(DDD)	

S. Talhada, 28 de 03 de 2018
Local e Data

X Rozana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



UNIDADE MISTA MANOEL NOVAES

Data: 11/02/2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº Ocorrência:

Hora Chegada: 19:10

Hora Saída: 19:50

Setor: Ambulatório

Nome: Pedro Ricardo da Silva Deal

Data Nasc: 29/06/2017 Idade: 10 Sexo: M F Cor: Preta Profissão:

CNS: 898003461643364 Telefone: Estado Civil: Menor

Endereço: Rua João Felipe Freire Bairro: Centro Cidade: Itacumbá

Grau de Instrução: Analfabeto 1º Grau 2º Grau Superior

Responsável: * Eirinalda das Neves Silva

Trazido por Acompanhante:

Paciente chegou ao serviço Andando Maca Cadeira de Rodas Ambulância Auto Outros

Funcionário:

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel Ônibus Moto Outros Qual? Ignorado

Fator de Proteção: Cinto/Capacete Sim Não Ignorado

Moto: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Qual? Ignorado

Indo/Voltando do Trabalho Sim Não Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Qual? Ignorado

Local de Órgão: Trabalho / End: Ignorado

OUTRO TIPO ACIDENTE

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimaduras Choque Elétrico Ignorado Outro

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Qual? Ignorado

Modo: Assalto Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Qual? Ignorado

AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

Por: Arma de Fogo Enforcamento Drogas Queda de Nível Outro Qual? Ignorado

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Qual? Ignorado

NOTIFICAÇÃO - NEPI - DIA

nº da Notificação: SE Investigado S N Agravo:

PRONTO ATENDIMENTO

ANTECEDENTES PESSOAIS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

USO DE MEDICAMENTOS:

TEMP 36°C FC FR PA

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME FÍSICO

EXAMES SOLICITADOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Dr. Jorge R. de Sá Carvalho
Médico
2072

Ass. do Médico (Carimbo - Nome Nº CRM)

Av. ortopedista

EXCELSIOR SEGUROS
20 ABR 2018
SEGURO I PVAL



Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

ACQUANTO O 10 711210

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DESTINO

Para Residência Internado Evasão Ignorado Óbito Outros

Transferido Para: _____ Dia: ___/___/___ Hora: _____

Nº	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		PARECER / CONSULTAS			
	PROCEDIMENTOS	QTD	CNS	CBO	CNES	CNPJ
1						
2						
3						

TERAPIAS USG TIPO _____ HEMOGRAMA COLEST. BILIRRUBINAS MEDICAMENTOS
 FISIOTERAPIA TOMOGRAFIA TIPO _____ PLAQUETA URÉIA SÓDIO CARBEGOLINA
 HEMOTERAPIA RX TIPO _____ GLICOSE CREATININA POTASSIO CAVERDILOL
 CURATIVOS SONDAGEM TIPO _____ TRIGL PCR ACIDO URICO MATERGAN
 ECG REDUÇÃO IMOBILIZAÇÃO TROPONINA S. DE URINA CPK
 TELEMEDICINA LIMPEZA SUTURA RETIRADA DE CORPOS ESTRANHO
 HEMOTERAPIA NEBULIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA / INTERNAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Enfermeira: _____ Coren: _____ Médico: _____ CRM: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

TERMOS DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO

Estou ciente das normas existentes nesse hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e / ou cirúrgico, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: ___/___/___ Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

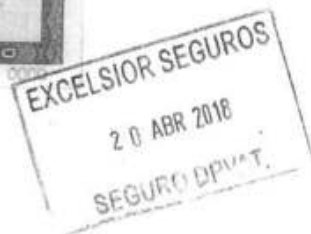
TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO

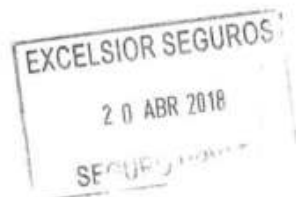
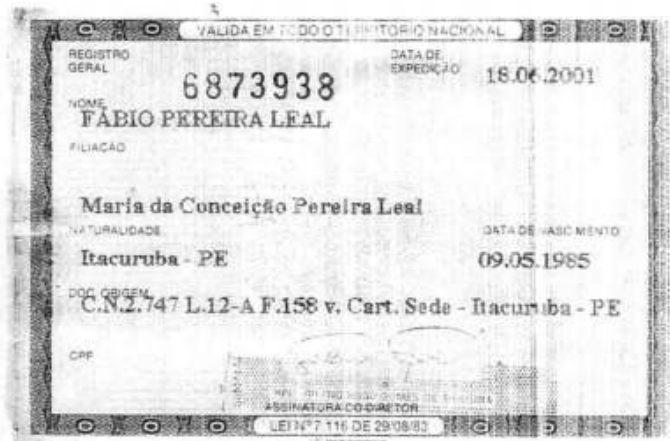
Responsabilizo-me pela mediana retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato posso advir.

Data: ___/___/___ Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____







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

NOME
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 6870802 SDE PE

CPF
 051.394.744-35

DATA NASCIMENTO
 19/08/1983

FILIAÇÃO
 ANTONIO FERREIRA DA SILVA
 MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 A.B.

Nº REGISTRO
 04925894609

VALIDADE
 18/11/2019

1ª HABILITAÇÃO
 06/05/2010

OBSERVAÇÕES
 A

Assinatura de Rosana de Menezes Silva Cavalcante

ASSOCIACAO DE FORTALEZA

LOCAL
 BARRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 18/11/2014

ASSOCIACAO DE EMITENTE
 47911866458
 88043050133

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1017067334

PROBIO PLANTIFICADA
 1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
 20 ABR 2018
 SEGUROS



DH

DH

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT
 AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175
 RECIFE ANTIGO
 RECIFE-PE
 50.030.000

FC0025/38
 Peso (kg) 1,044
 AR
 MP
 Correios
 DY 10492020 5 BR
SEDEX



AC - SERRA TALHADOUR
 11.12.2017
 DR - PE

AC - SERRA TALHADOUR
 11.12.2017
 DR - PE



DE: ROSANA MENEZES
RUA: ORACIO DE ANDRADE
103, SALA 02
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP:56.900.000



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183061 **Cidade:** Itacuruba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL **Data do acidente:** 11/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do punho.

Descrição do exame médico pericial: Fratura do punho direito com bloqueio e limitação da mobilidade do punho, com prejuízo da força.

Resultados terapêuticos: Submetido à tratamento conservador com imobilização. Recebeu alta médica em abril de 2018 com as sequelas descritas acima e sem novas indicações terapêuticas.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARIANE BALLESTER MELLEME KAIRALA

CRM do médico: 110984

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180183061

Nome do(a) Examinado(a): PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOAO CIPRIANO, 391 - Itacuruba/PE -
CEP 56430-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 000000000

Data e Local do Acidente : 11/02/2018

Data e Local do Exame : 07/05/2018 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA
TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura do punho dir .

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

realizado tratamento clinico conservador
refere alteração de força
alta abril 2018

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

limitação de extensão do punho dir

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não**

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

limitação de extensão do punho dir

**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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

punho dir

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

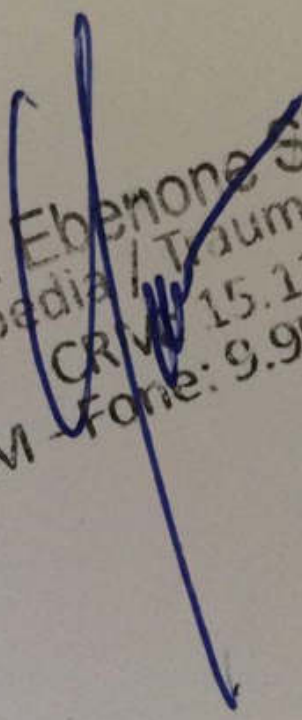
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.





Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Fabio Pereira Leal

portador(a) do documento de identidade nº 6873938, expedido por SDS/PE, em

18/06/2001 inscrito no CPF sob o nº 072.929.524-96, residente na

R: João Cipriano Freire, nº 391

complemento CS, Bairro Centro, cidade

Itacuruba, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.



Serra Talhada 22 de 03 de 2018

Outorgante Fabio Pereira Leal

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS | Titular: **WLANDIMAR LOPES DE LIMA**
Rua Manoel Alves Carneiro, S/N - Centro - CEP: 54431-000 - Itacuruba / PE - Fone: (81) 3821-5300 / (81) 3821-5343 - CNPJ: 03.640.846/0001-07

Reconheço por autenticidade a firma de **FABIO PEREIRA LEAL** em 21/03/2018 10:05:01 e dou fé. Em testemunho da verdade.
TABELADO: **WLANDIMAR L. LIMA** Empl R\$3.49, TSMR R\$0,78,
FERC R\$0,39, TOTAL R\$4,66 Selos:0076844,02M01201801.00278
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sei00digital

Wlandimar L. de Lima
20 ABR 2018
SEI 0076844

EXCELSIOR SEGUROS

