



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Ebrivaldo Santos</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Motorista</u>	Carteira de Identidade: <u>2488284</u>
CPF nº: <u>013.204.373-46</u>	Residência: <u>Rua Padre Macedo, 260</u>	
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>Goia</u> CEP: <u>63.700.000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 15 de Março de 2019.

Ebrivaldo Santos
 (outorgante)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AGÊNCIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **EBRIVALDO SANTOS**

DOC IDENTIDADE / OUTS EMISSOR UF: **2488284 SSP PI**

CPF: **013.204.373-46** DATA NASCIMENTO: **24/02/1983**

FUNÇÃO:
LODRIVAL DE SOUSA SANTOS
RAIMUNDA MARIA DOS SANTOS

PERMISSÃO: **AD** ACC: **AD** CATAR: **AD**

Nº BIOMÉTRICO: **04858066500** VALIDADE: **25/06/2027** Dº HABILITAÇÃO: **27/07/2010**

OBSERVAÇÕES:
EAR;

Assinatura do Portador: *Ebrivaldo Santos*

LOCAL: **CRATUÍ, CE** DATA EMISSÃO: **22/08/2018**

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 32548574495
CE 166392090

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1659812505

PROIBIDO PLASTIFICAR
1659812505



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Elivaldo Santos</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Rua Padre Mucedo, 260</u>		Profissão: <u>Motorista</u>
CPF nº: <u>013.204.373-46</u>	RG nº: <u>2488284</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.700-000</u>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - ce, 15 de Março de 2019.

Elivaldo Santos

Declarante

ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



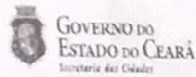
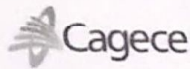
DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Ebivaldo Santos</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Rua Padre Mucedo, 260</u>		Profissão: <u>Metouista</u>
CPF nº: <u>013.204.373-46</u>	RG nº: <u>2488284</u>	Estado Civil: <u>casado</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.700-000</u>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

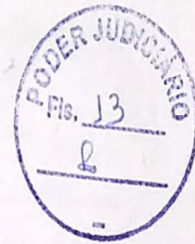
Crateús - CE, 15 de Maio de 2015.

Ebivaldo Santos
(declarante)



2º Via
Nº de Inscrição:

0027555542



DADOS DO CLIENTE

Nome: MARILIA DE ALBUQUERQUE

End. Leitura: RU PDE MACEDO, 260, CENTRO

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 006

Quadra: 0022

Lote: 0554

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A98L621681	1802	1818	16	15

DATAS

Leitura Atual: 09/03/2019

Emissão: 13/03/2019

Lacre Água: 8182384

Leitura Anterior: 07/02/2019

Próxima Leitura: 08/04/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Analisadas	050	050	010	050	050
Em conformidade	050	050	010	050	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	49,71	MAR/2018	14	0
MULTA DE 2%	1,26	ABR/2018	16	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,02	MAI/2018	15	0
		JUN/2018	16	0
		JUL/2018	13	0
		AGO/2018	5	0
		SET/2018	23	0
		OUT/2018	11	0
		NOV/2018	10	0
		DEZ/2018	14	0
		JAN/2019	19	0
		FEV/2019	13	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,49
COFINS	2,43

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	63,20
VALOR DO SUBSÍDIO	12,21
VALOR TOTAL A PAGAR	50,99

MÊS/ANO
03/2019

VENCIMENTO
02/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
50,99

ONDE PAGAR SUA FATURA

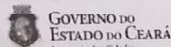
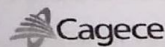
Bancos: Bradesco, BNBr, Itaú, BNC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Atire já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027555542

Código de Responsável:

Mês/Ano: 03/2019

Local: 029

Setor: 6

Quadra: 0022

Lote: 0554

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 02/04/2019

Total (R\$): 50,99

82660000000-2 50990009100-0 02755554201-1 02002231025-2



EMIÇÃO : LOJA CRATEUS 13/03/2019 15:12:03



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - DP61ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0151003852**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2018** às **10:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **4/8/2018** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, BR 423 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EBRIVALDO SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

EXTRAIVIO - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/8/2018** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, BR 423 - Bairro: CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (OUTRO)
EBRIVALDO SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EBRIVALDO SANTOS
DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EBRIVALDO SANTOS
CELULAR: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EBRIVALDO SANTOS
CELULAR: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EBRIVALDO SANTOS

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

EBRIVALDO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RAIMUNDA MARIA DOS SANTOS Pai: LOURIVAL DE SOUSA SANTOS Data de Nascimento: 14/2/1983 Naturalidade: OEIRAS / PIAUI / BRASIL
Endereço Residencial: **ESTADO DO PIAUI, 260, RUA PADRE MACEDO, BAIRRO CENTRO. CRATEÚS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PIAUI/PIAUI/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EBRIVALDO SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

EBRIVALDO SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGB8487** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **479576483** Chassi: **9BM695304CB861317**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/NÃO INFORMADO**

CNH (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **EBRIVALDO SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

EBRIVALDO SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **CNH/DESCONHECIDO/A/D** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

CELULAR1 (CELULAR) de propriedade do(a) Sr(a): **EBRIVALDO SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

EBRIVALDO SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **TELEFONIA MOVEL/LG/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **IMEI NAO INFORMADO PELA VITIMA**

CELULAR2 (CELULAR) de propriedade do(a) Sr(a): **EBRIVALDO SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

EBRIVALDO SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **TELEFONIA MOVEL/MOTOROLA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **IMEI NAO INFORMADO PELA VITIMA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE PASSOU A RELATAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO; QUE ESTAVA CONDUZINDO O REFERIDO VEICULO QUANDO PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E VEIO A CAPOTAR; FICANDO FERIDO E SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA. QUE POR OCASIAO DO ACIDENTE O NOTICIANTE PERDEU OS REFERIDOS OBJETOS.

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

EBRIVALDO SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ISMAILSON ARAUJO DA SILVA** - Matrícula: **319.624-0**



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100



FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 781985	Data e Hora do Atendimento 04/08/2018 às 14:27:21	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025382408 - EBRIVALDO SANTOS

CNS: 709204283918233 Nascimento: 14/02/1983 Idade: 35 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Casado(a) Profissão: CAMINHONEIRO Nacionalidade: Brasileira

Documento:

Ignorado

Filiação:

Pai:

Mãe: RAIMUNDA MARIA DOS SANTOS

Endereço (Av., Rua, etc): RUA PADRE MACEDO, Nº. 260

Complemento: *Moradia esposa*

Bairro:

Cidade: Crateús

UF: CE

Telefone:

04188994349573

Acompanhante:

Ocorrência:

Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Crateús

Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / /

Hora:

CRM: /

Queixa Principal:

HDA:

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo: <i>Comunidade</i>	
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo: <i>Comunidade</i>	Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:	
Forma de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐	Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.: °C
B: Respiratório			
C: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm	
D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular Score: Hora: <i>01</i>	Glasgow: Resposta Verbal Score: Hora: <i>05</i>	Glasgow: Resposta Motora Score: Hora: <i>06</i>	



E Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

RX de coluna lombar
RX de MID

[Signature]
5605

Resultado dos Exames:

RX do JOELHO D

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

1. Sfo 9,9h - 500mg. APTA

Ass. Médico + Carimbo

[Signature]
Dr. Marconi Rodrigues
Ortopedia e Reumatologia
CRM 130119

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

osteo

metabólica / GCS: 15

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Premitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta assinado ☐ Evadiu-se ☐

Transferência para:

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

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

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____



SECRETARIA DE SAÚDE - GOVERNO DO PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DA AMBODORA - GARANHUN/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO: VERDE AMARELO AZUL
Nome: Erivaldo Santos Idade: 35
Motivo da Consulta: capotórax e trauma em M.I.D.
exame físico

PROCEDÊNCIA: RESIDÊNCIA VIA PÚBLICA TRABALHO SAÚDE UNIDADE DE SAÚDE
Doenças Preexistentes: nenhuma
Medicações em uso: nenhuma
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS: nenhuma

PARÂMETROS: PA: 110/70 P: 72 R: 18 T: 36,5 SpO2: 98 HGT: 160 Peso: 75 Glasgow: 15

RECUP. DE DOR: LEVE MODERADA GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO: ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente ☒ Agitado ☐ Orientado ☒ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Conatoso ☐ Ansioso ☐ Calmo ☒
Não atende voz de comando

Ritmo Sinusal ☒ Palpitações ☐ Bradicardia ☐
Dispneia aos esforços ☐ Dispneia de repouso ☐ Dispneia de noturna ☐ Cianose ☐
Palidez ☐ Sudorese ☐

DOR TORÁXICA: INTENSA MODERADA LEVE

Duração da dor: 1 hora
Localização: região do esterno

Localização: Braço E Braço D região do esterno Mandíbula Tórax posterior Abdome

DOR PRESENTE: EM REPOUSO AOS ESFORÇOS QUANDO RESPIRA

Fluxograma: nenhuma

Data: 04/08/18

Assinado

Luiza Emilia de Oliveira
Enfermeira
COREN-PE 104.923
Assinatura: Carimbo



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180522523

Vítima: EBRIVALDO SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EBRIVALDO SANTOS

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

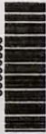
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01915/01916 - carta_04 - INVALIDEZ

00059558



Carta nº 13700352

CONCLUSÃO
Aos 29 / 03 / 19, faço estes autos
conclusos a(o) MM. Juiz(a) de Direito.
P/P *Lucio*
Diretor(a) de Secretaria

LIDER