

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Feijó, nº201, Sala 08, Shopping Cavalcante Plaza Center
 Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.540-115
 Fone: (0xx85) 3215-1116
 E-mail: albeaugadogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
 Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
 Fone: (0xx88) 3581-1280
 E-mail: albeaugadogados@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**, brasileira, solteiro, vigia, portador da CNH número 1409539158 Detran/CE, inscrito no CPF sob o nº 638.365.053-04, residente e domiciliado no Sítio Barra, S/N, Barra, Iguatu-CE, CEP: 63.500-000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 29 de maio de 2018.

Marciano Bezerra Romualdo.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **638.365.053-04**

Nome: **MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**

Data de Nascimento: **03/06/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/10/1998**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:51:49** do dia **30/05/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **759A.179F.885E.342F**

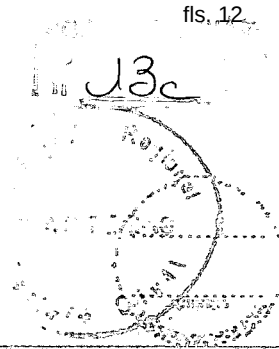


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 1332 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 05/03/2018 09:17:32
Data / Hora da Ocorrência: 19/01/2018 19:14:00
Endereço da Ocorrência: SÍTIO GAMELEIRA
Complemento:
Bairro: Município: IGUAU/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO
Nascimento: 03/06/1981 CPF: 638.365.053-04
RG: 98029134637 Órgão Emissor: SSP UF:
Filiação: FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO
MANUEL BONFIM ROMUALDO
Endereço: SÍTIO BARRA
Bairro: ZONA RURAL
Município: IGUAU/CE CEP: 63.500-000
País: BRASIL Telefone: (88) 99418-4005

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NU29418 UF: CE Município: IGUAU Chassi:
9C2KDO56DBR504435 Renavam: 274288982 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS KS Ano
Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: PRETA Proprietário: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, nesta data, e informou das circunstâncias de falsa comunicação de crime e contravenção penal, Art 340 e 342 do C.P.B., informou que no local e horário supracitado acima, trafegava como CONDUTOR na moto acima qualificada. Quando colidiu com uma pessoa que trafegava de bicicleta; Que o declarante caiu e foi socorrido por um popular para o Hospital Regional Iguaú e sendo atendido pelo DR. FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS, que segundo o laudo do médico QUEBROU O PULSO DA MÃO ESQUERDA E O DEDO PULEGAR DA MÃO DIREITA, TENDO SIDO FEITO CIRURGIA; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.
Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade do DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RECEBIDO PELO REGISTRO:

ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Marciano Bezerra Romualdo.

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

Impressão: 19/01/2018 19:15

Página 1

v2017550

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 112251	Atendimento 0001	Nome do Paciente MARCIANO BEZERRA ROMUALDO	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 638.365.053-04		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 03/06/1981	Local IGUATU/CE	Idade 36 Ano(s)		
Pai MANOEL BONFIM ROMUALDO	Mãe FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO			
Endereço SÍTIO BARRA, S/N	Bairro	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável MARCIANO BEZERRA ROMUALDO	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO BARRA, S/N	Município IGUATU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/01/2018	Hora 19:14	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS		CRM/UF 04592/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Acidente		Funcionário KELLY RAYANE COSTA LIMA		
Observação				
Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
PA (mmHg)				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de acidente com trombo, com lesões
meninges nos MS (OE).

Soluto

Rx do punho E
Rx da mão E
Rx da mão D.

0 Tromal 100 mg + 100 ml SF

Indulizar.

Dr. Francisco Vilmar Felix Martins
CRM: 04592/CE

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

 SUS Sistema da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	 HOSPITAL REGIONAL SILVIA	 HOSPITAL REGIONAL SILVIA
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____			2 - CNES: _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____			4 - CNES: _____	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Marciano Bezerra Romualdo</u>			6 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____			8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>03/06/1981</u>	
9 - SEXO: <u>M</u>			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u>Francisca Bezerra Romualdo</u>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>São João I</u>			12 - TELEFONE DE CONTATO: _____	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>Siquetara</u>			14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: <u>CE</u>	
15 - UF: <u>CE</u>			16 - CEP: _____	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Fadiga, convulsões de início distal @. Rinite por causa</u>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Tr. unipol</u>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Rx</u>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Encefalopatia aguda (E)</u>		21 - CID 10 PRINCIPAL: <u>S525</u>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Tr. unipol</u>			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>01410810201409</u>	
26 - CLÍNICA: _____		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____		28 - DOCUMENTO: _____
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>62979750382</u>		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>Dr. Frederico Alencar</u> <u>Oncologia e Traumatologia</u> <u>CRM 103761 RJ</u>		
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>06/02/18</u>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>Dr. Frederico Alencar</u> <u>Oncologia e Traumatologia</u> <u>CRM 103761 RJ</u>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA: _____		37 - Nº DO BILHETE: _____		38 - SÉRIE: _____
39 - CNPJ EMPRESA: _____		40 - CNAE DA EMPRESA: _____		41 - CBOR: _____
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ☒ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____			44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____	
45 - DOCUMENTO: _____			46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>11/1</u>			48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>[Assinatura]</u>	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____				



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

16c

NOME DO PACIENTE <i>Maurício Bizine</i>		Nº DO PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO <i>06-02-18</i>	ENF. <i>Dr. Frederico Almeida</i>	LEITO	
OPERADOR	<i>Otopista e Traumatologista</i>	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fart. médio distal (E)</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO <i>Ostomenter de fart. médio distal</i>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO <i>O. maxilar</i>			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO <i>STW</i>			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO <i>MM</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e Tec. Ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto viscemas
<i>1) Peto em BAH sob anestesia</i>
<i>2) Antimpié MRS</i>
<i>3) Puro vito pr. médio or. inferior e parte</i>
<i>9 peças vito e paraf. cortados e observados</i>
<i>Comunicação entre os</i>
<i>4) Peto. 2 vito distal e inferior e parte</i>
<i>do R 1.5 mm</i>
<i>5) Unipolo e H, hemostase, sutura, unipolo</i>

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome MARCIANO BEZERRA ROMUALDO				Prontuário/Atendimento 112251/0007	
Nascimento 03/06/1981		Local ICO		País Nacionalidade Brasil	
Idade 36 Ano(s)		Estado Civil Solteiro(a)		Religião	
Sexo Masculino		Raça/Cor Branca		Etnia	
Documento(s) CPF: 638.365.053-04		CNS 70.2409.035.5881-22			
Endereço SÍTIO BARRA I		Nº S/N		Bairro ZONA RURAL	
Município IGUATU-CE		CEP 63500-000			
Fone (88) 39418-4005		Profissão		Empresa	
Responsável		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável		Cônjugue			
Mãe FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO		Pai MANOEL BONFIM ROMUALDO			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 08/02/2018 12:12		Quarto/Leito 410-0003		Aposento ENFERMARIA	
Clínica CL. CIRURGICA		Setor CLINICA CIRURGICA			
Convênio SUS		Matrícula		Autorização	
Dias 0		Guia		CRM 10376	
CID Principal S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio		CID Complementar S52.5 Fratura da extremidade distal do rádio			
Observação					
Usuário ANA KELE RODRIGUES		Procedimento SUS		Sispre natal	
Data Saída 07.02.18		Hora 13:05		Condição da Saída Alta médica	
Usuário Saída					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

IGUATU, 6 de fevereiro de 2018.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: ANA KELE RODRIGUES

Assinatura do responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CÍCERO DA SILVA CAVALCANTE, liberado nos autos em 05/12/2018 às 12:46. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0002877-59.2018.8.06.0091 e código 40F1A6F.

Hospital Regional Dr. Manoel
Batista de Oliveira

ADMINISTRAÇÃO  SAOCAMILLO

www.saocamiloiguatu.org.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Woraciano Bezue Romaldo

Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

(X) Permanecer afastado do trabalho (60 sessenta)
dias a partir de ____.

Observações: _____

CID: 552.

IGUATU, 19 de 1 20 18


ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n.
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250

119

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

NOME DO PACIENTE

- Rx punho (E) AP/18
- Tale W02

Dr. Frederico Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10926 / 11/17 11/23

IGUATU, 06 DE 02 20 18

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora s/n
Bairro - Esplanada

20c



RECEITUÁRIO MÉDICO

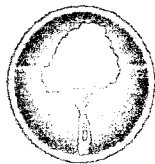
NOME DO PACIENTE:

Marciana Bezerra Romualdo

17
Fluor x r00g _____ fu
J-17 de 12/12

Dr. Antonio Alberto Bendeira
CRM 2063
Ortopedia / Traumatologia

IGUATU, 2 de 2, 2018



Clínica

Tobias Lima Verde

Ortopedia • Traumatologia • Fisioterapia • Pilates

TLV

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Marciano Bezerra Romualdo sofreu acidente de trânsito em 19/01/2018, apresentando fratura distal dos ossos do antebraço esquerdo e fratura cominutiva da base do primeiro metacarpiano direito. Foi submetido a tratamento cirúrgico com fixação interna das fraturas do punho esquerdo e evoluiu para consolidação, com grande bloqueio da flexo-extensão do punho esquerdo e da pronosupinação do antebraço esquerdo. A fratura da base do polegar direito foi submetida a tratamento conservador e evoluiu para consolidação, com boa função do polegar direito.

Apresenta incapacidade física para o trabalho.

CID 10 S 52.6 e S 62.2.

Iguatu, 17 de maio de 2018.

Sebastião Gomes do Anjo Neto

Sebastião Gomes do Anjo Neto
Ortopedia e Traumatologia
CPF 043.120.443-29
CRM 1704

☎ (88) 3581-1504

📍 /clinicatobiaslimaverde

📍 Rua Senador Pompeu, 99
Centro - Iguatu-CE

CNPJ: 05.716.063-000162

22

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1409539158

PROIBIDO PLASTIFICAR
1409539158

NOME
MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
98029194637 SSP CE

CPF
638.365.053-04 DATA NASCIMENTO
03/06/1981

FIÇÃO
MANOEL BONEIM ROMUALDO
FRANCISCA BEZERRA ROMUALDO

PERMISSÃO
ACC
CEHUAL

Nº REGISTRO
000742380002 VALIDADE
09/12/2011

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Marciano Bezerra Romualdo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
IGUAÇU, CE DATA EMISSÃO
24/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
04649168496
CE157680207

CEARÁ

Nº DO CLIENTE

3934645-5

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

GRUPO A | SERIE B-4 | N° 503480960

Rota 28 12001 11 006000 - 7 Data de Emissão 11/01/2018

Nome MARCIANO BEZERRA ROMUALDO

End. Postal ST BARRA 00000

BARRA - IGUATU - 63500000

Medidor 2553495

Posto 0000 B62N

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 638365053-04

CGF

Nome do Responsável

UNIDADE DO FORNECIMENTO

Mês de Referência Jan/2018 Data de Apresentação 11/01/2018 Provisão Próxima Leitura 08/02/2018

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto IGUATU
Mês Nov/2017 ENSD 3,55
DICI = 0,00 P

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto		Padrão Individual			Apuração Individual		
				Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
ISENTO				DIC 10,73	21,46	42,92	2,08	0,00	0,00
DADOS DE CONTROLE FISCAL				FIC 7,59	15,19	30,39	1,00	0,00	0,00
8263.E91D.4ED8.C2B5.174B.A4D7.6319.77FA				DMIC 5,78			0,00		

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
9193	9193	1,00	0	0,00	30	0,17637	5,35
10/01/18	13/12/17		23 DIAS		30		5,35

VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	15,28
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-9,93
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,55
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-5,90

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
DETALHAMENTO DO VALOR DE CONSUMO	DETALHAMENTO DO CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 2,51	200 0 161 0 0 0 210 173 213 201 214 223 210
Transmissão 0,25	RED Jan Fev Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez
Distribuição 1,71	
Encargos Setoriais 0,59	
Tributos (ICMS PIS-COFINS) ... 0,84	
TOTAL 5,90	

CONSUMO DE ENERGIA E EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO ₂) 12,97	Compensado kg (CO ₂) 0,00	Consciência Ecológica (%CO ₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
Para cadastrar sua conta em débito automático utilize seu número do cliente seguido do dígito verificador.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

[illegible]

SINISTRO 3180203688 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** MARCIANO BEZERRA ROMUALDO**CPF/CNPJ:** 63836505304

25

Posição em 29-05-2018 15:50:53

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/05/2018	R\$ 4.050,00	R\$ 0,00	R\$ 4.050,00

4

D

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CÍCERO DA SILVA CAVALCANTE, liberado nos autos em 05/12/2018 às 12:46 .
Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0002877-59.2018.8.06.0091 e código 40F1A6F.

25-07-18

26c

pl

S