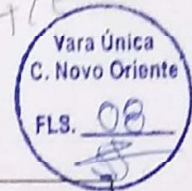




JOSÉ AGACIR VIEIRA DE CASTRO – ADVOGADO – OAB/CE Nº. 25.774
 ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Deocleciano Aragão, nº 112, Centro – Novo Oriente -CE.
 CEP. 63.740-000 - Tel.: (88) 999831 393 – E-mail: agacircastro@hotmail.com

NEGADO
 IDENTIFICAR
 T/C



PROCURAÇÃO AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA

OUTORGANTE:

Nome: KLENIO CARLOS DA SILVA MARTINS		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR	Carteira de Identidade: 2008023386-9	
CPF nº: 6001393923-56	Residência: RUA: MARECHAL DEODORO, 131		
Bairro: CENTRO	Cidade: NOVO ORIENTE	Estado/UF: CE	CEP: 63.740.000

OUTORGADO: JOSÉ AGACIR VIEIRA DE CASTRO, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/CE sob o nº 25.774; com endereço profissional na Rua Deocleciano Aragão, nº. 122, Centro, Novo Oriente/CE, CEP nº 63.740-000; Fone/Fax: (88) 999831393.

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.

Novo Oriente – CE, 27 de Fevereiro de 2019

+ KLENIO CARLOS DA SILVA MARTINS
 (outorgante)



JOSÉ AGACIR VIEIRA DE CASTRO – ADVOGADO - OAB/CE Nº. 25.774
 ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Deocleciano Aragão, nº 112, Centro – Novo Oriente -CE.
 CEP. 63.740-000 - Tel.: (88) 999831 393 – E-mail: agacircastro@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: KLENIO CARLOS DA SILVA MARTINS		Nacionalidade: Brasileira
Residência: RUA: MARECHAL DEODORO, 1311		Profissão: SOLTEIRO
CPF nº: 609 393 923-56	RG nº: 2008023386-9	Estado Civil: SOLTEIRO
Bairro: CENTRO	Cidade: NOVO ORIENTE	Estado/UF: CE
CEP: 63.740.000	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.

Novo Oriente, 27 de Fevereiro de 2019

x KLENIO CARLOS DA SILVA MARTINS

Declarante

Vara Única
C. Novo Oriente
FL 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA SOCIAL
PERIÓDICO FORNECER DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE IDENTIDADE



Polegar Direito



KLENO CARLOS DA SILVA MARTINS

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008023386 - 9 DATA DE EMISSÃO 24/10/2011

NOME KLENO CARLOS DA SILVA MARTINS
FILIAÇÃO EXPEDITO MARTINS DA SILVA
MATERNA KLENO CARLOS DA SILVA MARTINS

NACIONALIDADE BRASILIDADE DATA DE NASCIMENTO 18/08/1997

DOC. GERAL NOVOR ORIENTE - CE

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 369 FOLHA: 185
LIVRO: 1-ESP 02 NOVOR ORIENTE - CE
CPF: 609.393.923-56

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
REGISTRO CIVIL DO ESTADO DO CEARÁ
LEI Nº 7.195 DE 25/05/83

P.: 176

3438002-0
 Para agilizar seu atendimento, clique no ícone sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Vadoleiro, 150
 CEP 60136-040 | Fortaleza-CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.843-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 524940173

Rota Nome 08 38030 01 026030 - 5 Data de Emissão 11/05/2018

End. Postal TRAMAR CARLOS DA SILVA MARTINS
 RU MAL DEODORO 00000
 CHAPADA DOS POLINOS - NOVO ORIENTE - 63740000

Medidor 3047836 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 000476803-50 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Maio/2018	11/05/2018	13/06/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto CRATELUS

Mês Maio/2018 EUCO 9,95

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão de Referência	Apuração Individual
ISENTO			Mensal	Mensal
			Trím.	Trím.
			Anual	Anual
			DIC	0,00
			FIC	0,00
			DMIC	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 17344	17233	1,00	111	0,00			

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	30,81
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,37
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,99
COB. SALDO ANTERIOR	37,46
ADICIONAL BANDEIRANTE (R\$ 0,23)	

ESTRELA DA SORTE
LOTERIAS LTDA
 23 MAIO 2018
RECEBIDO EM
CONVENIO 05011314-3

VENCIMENTO 18/05/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 78,63

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	16,15
Transmissão	4,75
Distribuição	4,75
Encargos Setoriais	6,44
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,25
TOTAL	31,80

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
101	111
102	90
94	94
118	126
119	119
106	96
81	81
88	88
86	86

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
43,33	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
 Informamos existir débitos vencidos sem anotações legais até esta data, no valor de R\$ 57,80. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor (R\$)
03/2018	57,80

Consta desta fatura R\$ 2,25 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,74% e COFINS:13,39% (Art. 9º, Inc. I, do art. 113º da Lei nº 10.637/03 e Art. 113º do CTN).

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução Administrativa ANPEL nº 2.983/2018, em data de 22/04/2018 a 21/04/18. Estamos em



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 1412 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
 Data / Hora da Comunicação: **01/06/2018 15:37:09**
 Data / Hora da Ocorrência: **31/03/2018 20:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA CENTRO**
 Complemento: **ZONA URBANA**
 Bairro: **CENTRO** Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **KLÊNIO CARLOS DA SILVA MARTINS**
 Nascimento: **18/08/1997** CPF: **609.393.923-56**
 RG: **2008023386-9** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **IRAMAR CARLOS DA SILVA MARTINS**
EXPEDITO MARTINS DA SILVA
 Endereço: **RUA MARECHAL DEODORO , 131**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **NOVO ORIENTE/CE** CEP: **63.740-000**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9781-8947**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMT9712 Uf: CE Município: NOVO ORIENTE Chassi: 9C2KC1650FR202559 Renavam: 1083393690 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Ano Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: IRAMAR CARLOS DA SILVA MARTINS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, que ao passar sobre quebra molas perdeu o controle da motocicleta e caiu ao chão, sofrendo glsgou 14 + trauma em cotovelo esquerdo .Acrescenta que foi socorrido por populares para o Hospital da cidade de Quiterianopolis/CE e não teve ajuda do SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJO DO ASFALTO e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de Douglas Moreira de Souza e Francisca Adrielly Alves Lima . E nada mais disse. As informações ora prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante Obs.: o(a) noticiante ficou ciente das penalidades do artigo 299, do C.P.B.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


MARCOS ESTEVÃO PATRÍCIO OLIVEIRA - MAT.: 133193-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

KLÊNIO CARLOS DA SILVA MARTINS

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3

**Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS**
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

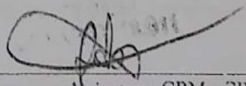
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Clevis Carlos Martins

• MO: ① Curado de Motocicleta (SIC) ; TCE leve?

• CD: - ① Aenos Perfúneo + SCL BV
- ② Sutura de lesões
- ③ Analgem: - Cetoprofeno EV
- Diclofenaco 75mg/ml, EV
- ④ Ao Hospital de Urgem

31/03/18
DATA


Assinatura CRM - ERO

COMBATE A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS!



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Cheris Carlos Monteiro

Ao Hospital de Novo Oriente

Beicab, 18 anos, deu entrada nesta unidade com relato de queda de motor de C.S.F.C. com uso de cigarro e com sinais clínicos de embriaguez.

- Ao exame físico:
 - ABCDE do Trauma:
 - A: Fala sem dificuldade, manobras de cervical espontâneas.
 - B: MVO em AHT, sem pt.
 - C: Estável hemodinamicamente, PA = 140 x 90
 - D: ECG = 14; sem déficits motores focais, pupilas isocóricas e foto reagentes; presença de hematoma subgaleal temporal direito, sem sinais de afundamento crenoso. Stomago e D.
 - E: Escarificações; lesões contusivas em face, ombreço E.

31/03/18
DATA

Assinatura CRM - PRO [assinatura]

COMBATE A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS!



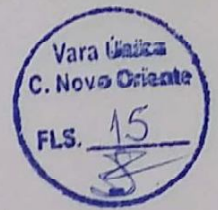
Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3112-0400

Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550



ATESTADO MÉDICO

Atesto que **Klenio Carlos Da Silva Martins**, necessita de **60 dias** de Licença para tratamento de saúde.

C.I.D.: **S520 - Fratura Da Extremidade Superior Do Cubito [Ulna]**

Sobral, **01/04/2018**

Assinatura do Médico e Carimbo

Dis. Sérgio Roberto Ibiapina
Trat. de Saúde e Assistência Social
Km. 10,5 - Sobral - Ceará

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	_____
CRM:	Dr. Sérgio L. C. Ibrapina Médico Residente Traumatologia e Ortopedia No. _____ CRM: 18580
UF:	_____
Endereço Completo:	Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro
Telefone:	(88) 3112 - 0400
Cidade:	Sobral
UF:	Ceará

Paciente: Klenio Carlos Da Silva Martins

Endereço: Rua Marechal Teodoro, Nº 131 - Anteros

USO ORAL

Prescrição: 1. CEFALEXINA 500MG-----60CP
TOMAR 1CP DE 6/6H POR 15 DIAS
2. CETOPROFENO 100MG-----15CP
TOMAR 1 CP DE 8/8H

Dr. Sérgio L. C. Ibrapina
Médico Residente
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 18580

Data: 05/04/0018

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.:	_____
Org. Emissor:	_____
End.:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	_____
DATA:	_____

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Klenio Carlos Da Silva Martins

Tratamento para: S520 - Fratura Da Extremidade Superior Do Cubito [Ulna]

Cirurgia : DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Data: 02/04/2018

Antibioticoterapia: CEFALOTINA - D4

Recomendações:

- () Não Pisar
- () Não Sustentar Peso
- () Manter membro elevado (a 45°)
- (X) Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- (X) Retirar pontos após 15 dias
- () Fisioterapia precoce
- (X) Atentar à data de retorno (15 dias)
- (X) Fazer uso medicação prescrita
- (X) Trocar curativo diariamente

*Retorno:
24/04/18
09:00hs
Gesso - feitura*

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso.

Data: 05/04/2018

Assinatura e Carimbo

*Dr. Sérgio L. de Ibiapina
Rua Roberto de
Siqueira, 165-80
Traumato-Ortopedia*



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 11.389.692/0001-28



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERMANDES LEITÃO

DATA: 31/03/18

Nº

NOME: KLEVER CARLOS DA SILVA MARTINS

NOME DA MÃE: IRAMAR CARLOS DA SILVA MARTINS

NOME DO PAI: _____ IDADE: 20

DATA DE NASCIMENTO: 18/08/93

SEXO: M ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: RUA WRECHAV DE PEDRO

PA: X MMHG DX: _____ MG/DL

CARTÃO SUS: 1839243910100181

CIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

TEMPERATURA: _____ °C

1. SINAIS E SINTOMAS: - Pac de melho estado de Tmb.

2. DIAGNÓSTICO: - TCC

3. CONDUTA: _____

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. MÉDICO

Assinatura do paciente/responsável



○ See (Mater)
○ Fundação BV

Kleber S. Soares Mendes
MÉDICO
CRM-CE 12959

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO Nº

DATA: 31/03/12

NOME:

KELEO CARLOS DA SILVA MARTINS

NOME DA MÃE:

FRANIR CARLOS DA SILVA MARTINS

NOME DO PAI:

FRANIR CARLOS DA SILVA MARTINS

DATA DE NASCIMENTO:

18/08/97

IDADE:

15

CARTÃO SUS:

63974311010011

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

LC

PROFISSÃO:

ENDEREÇO:

MARCELO PEDREIRO

CIDADE:

NOVO

PA: X

MMHG

DX:

MG/DL

TEMPERATURA:

°C

1. SINAIS E SINTOMAS:

- Parte inferior rígida de Tórax.
- T.C.

2. DIAGNÓSTICO:

3. CONDUTA:

ASS. MÉDICO

KELEO CARLOS DA SILVA MARTINS

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL



SINISTRO 3180305820 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KLENIO CARLOS DA SILVA MARTINS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA

GECEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO KLENIO CARLOS DA SILVA MARTINS

CPF/CNPJ: 60939392356

Posição em 11-01-2019 17:20:27

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



Eu, **IRAMAR CARLOS DA SILVA MARTINS**, portador(a) do RG nº 2007101407-6-SSP-CE expedido em 16/04/2008 e CPF nº 000.476.803-50, residente e domiciliado(a) na Rua Marechal Deodoro, nº 131, Centro, nesta cidade de Novo Oriente, Estado do Ceará.

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **KLÊNIO CARLOS DA SILVA MARTINS**, cujo condutor era **KLÊNIO CARLOS DA SILVA MARTINS**.

VEÍCULO:	MOTO HONDA CG 150 TITAN ESD
ANO:	2015
MODELO:	2015
PLACAS:	PMT9712-CE
CHASSI	9C2KC1650FR202559
DATA DO ACIDENTE:	31/03/18

Novo Oriente-CE, 26 de junho de 2018.

<p><i>IRAMAR CARLOS DA SILVA MARTINS</i></p> <p>Assinatura do Declarante Proprietário RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA.</p>	<p>CARTÓRIO <i>Pinho</i> 2º Ofício</p> <p>Reconheço por autenticidade a firma de: IRAMAR CARLOS DA SILVA MARTINS Dou fé. Novo Oriente-CE, 26/06/2018. Em testemunho verdadeiro.</p> <p>Bel. MANOEL ALEXANDRE DE PINHO Márcia Coelho de Pinho Márcia Araújo Teixeira Claudiana Pessoa Sampaio Osmarina Lira de Sousa Gláucio Azevedo Ferreira Costa</p>
<p>Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro) RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA.</p>	<p>CARTÓRIO PINHO 2º Ofício Novo Oriente-CE Márcia Araújo Teixeira Escrevente</p> <p>COMUNICADO CARTÓRIO PINHO 2º OFÍCIO NOVO ORIENTE CEARA</p>

CONCLUSÃO
Data de emissão: 07/04/2017
Data de validade: 07/04/2017
Data de validade: 07/04/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013355745153
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2017

PLACA: PHT9712/CE

CHASSI: 9C2K1650FR202559

ESPECIE TIPO: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD

CATEGORIA: 2F/OCV/149CC

VENIC. COTA ÚNICA: 1*

VENIC. COTAS: 2*

FAIXA I/PVA: 3*

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 4.15

PREMIO TOTAL (R\$): 90.33

DATA DE PAGAMENTO: 07/04/2017

LOCAL: NOVO ORIENTE

DATA: 10/04/2017

Assinatura: Igor Pontes Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013355745153 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 10/04/2017

PLACA: PHT9712

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN E

CHASSI: 9C2K1650FR202559

PREMIO TARIFÁRIO: 4.15

CUSTO DO SEGURO (R\$): 90.33

DATA DE OUTUBAÇÃO: 07/04/2017

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MEIORK: KC16E5F202559

04774

FEV/2017



CONCLUSÃO
Aos 08 de 03 de 20 19 faço estes
autos Concluso ao MM. Juiz de Direito
Novo Oriente-CE.

Diretor(a) de Secretaria