



21/09/2020

Número: **0800107-27.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **08/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34566 249	21/09/2020 18:18	<a href="#">Petição</a>	Petição
34566 250	21/09/2020 18:18	<a href="#">2694741_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
34566 254	21/09/2020 18:18	<a href="#">2694741_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190505526 Vítima: FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

Data do Acidente: 27/04/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01871/01872 - carta\_03 - INVALIDEZ

00010936



Carta nº 14762129





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505526

Vítima: FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

Data do Acidente: 27/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14938653

Pag. 01273/01274 - carta\_01 - INVALIDEZ





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

109.384.294-69

4 - Nome completo da vítima:

Francieleber Cardoso de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Francieleber Cardoso de Souza

6 - CPF:

109.384.294-69

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R. Jomulibes de Oliveira

9 - Número:

130

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Crus das Armas

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

51086-190

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 980634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

0011173

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai rascar)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 29/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221

Número do documento: 20092118182757600000033050221

Num. 34566250 - Pág. 3



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 09497.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09497.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:39 horas do dia 20 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Francikleber Cardoso de Souza**, CPF nº 109.384.294-69, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pintor, filho(a) de Maria Marques de Souza e Franciraldo Marques de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 24/09/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornalista Ulisses Oliveira, Nº 175, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final da Rua do Rio., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98626-6015.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Vasco da Gama, De Frente a Fort Motos., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/04/17 17:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 27/04/2017 por volta das 17:50 horas quando transitava, pelo bairro de Jaguaribe, João Pessoa-PB; na Av. Vasco da Gama, com o veículo tipo YAMAHA/XTZ 125K ano: 2010/2010, de cor azul de placa: NQG7687/PB CHASSI: 9C6KE1260A0017719 pertencente ao Sra. Roberia de Souza Leite Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido Cruz das Armas/Centro quando um veículo não identificado que vinha numa rua transversal invadiu o sinal vermelho vindo a atingir a moto conduzida pelo declarante. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo pelo SAMU ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0808/2017, LESÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA CRM 3137/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

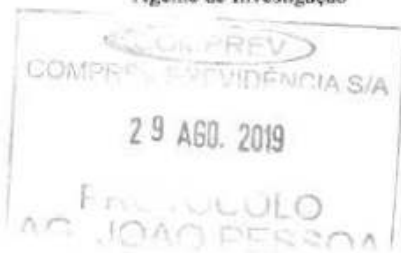
João Pessoa/PB, 20 de agosto de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

  
FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

Noticiante



Procedimento Policial: 09497.01.2019.1.00.401







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

109.384.294-69

4 - Nome completo da vítima:

Francicleber Cardoso de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Francicleber Cardoso de Souza

6 - CPF:

109.384.294-69

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R. Jomulibes de Oliveira

9 - Número:

130

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Crus das Armas

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

53086-190

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 980634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

0011173

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai rascar)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 29/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221

Número do documento: 20092118182757600000033050221

Num. 34566250 - Pág. 5



## CERTIDÃO

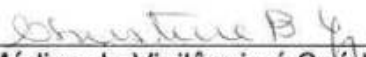
Nº. 0808/2017

Atendendo solicitação de **FRANCKLEBER CARDOSO DE SOUZA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 25428 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 27/04/2017 às 18h44min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão do tornozelo esquerdo. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de junho de 2017

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 25428 Atd: Nao Suspendido  
Data: 27/04/2017  
Hora: 18:44:14  
Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXANDRE  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISLEIDE CARDOSO DE SOUZA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.04.004246

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3790315 Fone: 986219876

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 24/09/1991 Id: 25 ano(s)

End.: RUA JORNALISTA ULISSES DE OLIVEIRA, 74

Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: TANIA JOELMA CARDOSO FERREIRA

Pai: FRANCIRALDO MARQUES DE SOUZA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: BALCONISTA SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

FALTA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTO(CONDUTOR)/CARRO AS 18H NA AV

Vitima de violência por: VASCO DA GAMA EM FRENTE A FORT MOTOS

[ ] Caso Policial

PRé-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

Queixa Principal

Paciente vítima de colisão moto com carro,  
vaga parca na calçada, apresenta trauma em

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AVULSO 1830: N.O. N.O. R.O. N.O. N.O.  
- em um momento  
- em um momento

Diagnostico

① Trauma Conduta  
② Trauma

Prescrição

① N.O. em 12h Horário da medicação  
② N.O. em 12h

Atílio Barros Araújo  
Médico  
CRM-PB 10295



Trans - furoto medel no pao - Sat  
 Rx: furoto alfa de furoto,  
 mas com furoto + VZ furoto,  
 se não de sedação  
 E F: Leisões TNZ do  
 desisto

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

CD: Haloperidol

Ref: 1000

re avaliação

Duplo adulto h 2 a. m.  
 furoto venoso  
 furoto

#### ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Dr. [illegible]  
 [illegible]  
 [illegible]

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030201007-2  
 030309020-0

040101005-3(2470)

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030201007-2  
 030309020-0



Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/06/19	4851	26/07/19	4924	1	73	29
<b>Demonstrativo</b>						
COI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Vale Base Cota Adq	Valor Base Cota Pol/Rib	Cotiz/R\$
				Total Tributos KMS/R\$	KMS/R\$	(1,00%) (R\$60,14)
0001	Consumo em kWh	73-000 0 0236 0	80,58	80,58 24	10,14	60,96 0,88 0,02
0001	Ade B Amarela		1,43	1,42 35	0,35	1,43 0,01 0,07
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>						
0007	CONTRIB SERV LUM PUBLICA		2,48	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
1934	JUROS DE MOROSA/2019		1,51	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0005	MULTA 04/2019		1,15	0,00 0	0,00	-0,00 -0,00 -0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 04/2019		0,62	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00

CC1 Código de Classificação do item: TOTAL  
Tabela de Tributos: 0,571770

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
02/08/2019	R\$ 67,84

88	82	87	85	85	86	94	93	78	71	66	64
Jun18	Apr18	Set18	Oct18	Nov18	Dec18	Jan19	Febr19	Mar19	Apr19	May19	Jun19

RESERVADO AO FISCO  
c634.5423.6586.1249 cd27 2d01.bde2.e208

[illegible]

RECEBISO. Cessão (n) total (u) de (n) cotas (u) de ações, a favor (u) contra (u) da empresa, a ser realizada no prazo de validade de 10 (dez) dias, a contar da data de emissão. O presente documento não substitui o contrato de cessão de ações, o qual deverá ser assinado por ambas as partes. O presente documento não substitui o contrato de cessão de ações, o qual deverá ser assinado por ambas as partes. O presente documento não substitui o contrato de cessão de ações, o qual deverá ser assinado por ambas as partes.

Jun/19 7  
 Mai/19 9

**BANCO DO BRASIL** PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00180 00009 02624.912008 04433.908177 1 796900000006784

PAGADOR JOAO PEREIRA DOS SANTOS CRACIAU, SR 57 33-04  
RUA JOHN WILLIS DE OLIVEIRA TO. CRUZ DAS ARMAS - CNO PRESSO - REC PE 55086-90

NOME	Nº DOCUMENTO	Data de validade	Vencimento	Nº da FOLHA
26349120004433908	00052624-912008	10/08/2019	15/07/2019	15 de 34

RECIPIENTE ENERGISA PARABAI DISTRIÇÃO DE ENERGIAS S.A. CNPJ 06.761.181/0001-00



CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE JOSÉ COSTA DUARTE, 157, SALA 02 - MANGABERA  
JOÃO PESSOA / PB CEP 58055-384 (AO 5)

**Energisa**

Ligação: MONOFÁSICO

Endereço: ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A  
BR-220 km 25 - Centro Regional - João Pessoa - PB - CEP 55011-600

Cla/Sec: COM-MTC B3 / COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

Referência: 12-S-292-430

Mês/Ano: 00008071594

Referência: Ago / 2019

Emissão: 20/08/2019

Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica 1/025 894 494

Cód. para Dta. Automático: 9001210594

Ago / 2019

20/08/2019

19/09/2019

202.942.244-04

Info. Em

Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
saude.gov.br/vacinasbrasil

Data		Lectura		Constante		Consumo		Dif. %	
19/07/19		5187		20/08/19		5317		150	
5187		5317		150		32			
CC		Descrição		Quantidade		Valor (R\$)		Valor (R\$)	
				Fator Base Cód. Aja. (km²/R)		Base Cód. Fator (R)		Consumo (R)	
				Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)	
0801		Consumo em kWh		150.000		0,826810		124,44	
0801		Adc. S. Armazen		1,21		1,21		0,30	
0801		Adc. S. Variação		5,45		5,45		1,38	
		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807		CONTRIB SERV. LUM PÚBLICA		0,56		0,00		0,00	
0804		JUROS DE MORA 06/2019		0,34		0,00		0,00	
0805		MULTA 06/2019		0,50		0,00		0,00	
0805		ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019		0,12		0,00		0,00	

CC: Código de Classificação do item TOTAL 138,62 137,10 32,77 137,10 1,42 6,94  
Tributos Totais: 0,971770

30

27/08/2019

R\$ 138,62

RESERVADO AO FISCO

bd78.562d cc0a 0825 1edc 4ecc 272f f955.

Composição do Consumo			
Discriminação		Valor (R\$)	%
Consumo de Det. de Energia		22,98	21,62
Consumo de Energia		48,88	35,10
Consumo de Transmissão		4,68	3,36
Encargos Sociais		1,59	1,15
Impostos, Contribuições e Encargos		48,75	35,01
Custos Gerais		0,00	0,00
Total		138,62	100,00

Valor do PIS/COFINS 2019/R\$ 3,7

Lectura confirmada

BANCO DO BRASIL

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150 244006 00229.271176 9 79940000013862

PASADOR: CELENI DOMINGOS DA SILVA - CPF/CNPJ: 152.242.244-04  
RUA AGENTE JOSÉ COSTA DUARTE, 157, SALA 02 - MANGABERA - JOÃO PESSOA / PB CEP 58055-384

Nosso Nr

152.242.244-04

152.242.244-04



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221

Número do documento: 20092118182757600000033050221





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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/DOCCORIGINAL.ASPX?TIPO=12&CODIGO=39635>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Francicleber Cardoso de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.384.294 / 69  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francicleber Cardoso de Souza  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.384.294 / 69, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

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>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
E-mail: _____	Tel (DDD): <u>(33) 4186634900</u>	

Local e Data: João Pessoa - PB 29/08/19

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221>

Número do documento: 20092118182757600000033050221

Num. 34566250 - Pág. 11

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Roberta de Souza Leite Silva,  
RG nº 3.165.402, data de expedição 26/01/2015  
Órgão SSP-PR, portador do CPF nº 075.845.524-04, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Imaculada Conceição de Oliveira, nº 155,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Francieleber Raulino de Souza cujo o condutor era  
Francieleber Raulino de Souza.

Veículo: moto  
Modelo: YAMAHA/XTZ 125  
Ano: 2010  
Placa: MA G 7687  
Chassi: QC6K E1260A 00177 19  
Data do Acidente: 27-04-17  
Local e Data: João Pessoa, 20-08-15

x Roberta de Souza Leite Silva  
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
Reconheço Por Autenticidade a firma de ROBERTA DE SOUZA  
LEITE SILVA, [125461], J. Pessoa-FB, 20/08/2019 12:15:53  
Emol R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepis: R\$1,96. ISS R\$0,50. Em  
test da verdade. ESCRIVÃO TATIANE PEREIRA DA SILVA.  
Selo Digital A1A22888-0236 Consulte em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

  
COMPREV  
COMPREVIDÊNCIA S/A  
29 AGO. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA





## CERTIDÃO

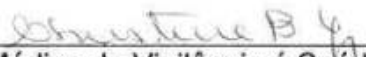
Nº. 0808/2017

Atendendo solicitação de **FRANCKLEBER CARDOSO DE SOUZA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 25428 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 27/04/2017 às 18h44min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão do tornozelo esquerdo. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de junho de 2017

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



Ficha Nr: 25428      Atd: Nao Seguida  
Data: 27/04/2017  
Hora: 18:44:14  
Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXANDRE  
Clinica: CIRURGICA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.04.004246

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 24/09/1991 Id: 25 ano(s)

Bairro: CRUZ DAS ARMAS      Cidade: JOAO PESSOA      UF : PB

Mae: TANIA JOELMA CARDOSO FERREIRA

Pai: FRANCIRALDO MARQUES DE SOUZA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: BALCONISTA SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTO(CONDUTOR)/CARRO AS 18H NA AV

Vítima de violência por: VASCO DA GAMA EM FRENTE A FORT MOTOS

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso:                      Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: 028:

~~Quelque~~ Principal

Observação

Paciente vítima de colisão com carro,  
negativa paracetamol na urina, apresenta trauma em...

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

### Diagnostico

Prescricao

Alberto Barros Araújo  
Médico  
CRM-PB 10295





Trans - feto morto no parto - 34 semanas  
 Rx: feto morto no parto - 34 semanas  
 mas com placenta e cordão ligados,  
 sem sinais de vida fetal  
 E F: Leão de TNZ 1/1 do  
 descreto

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

CD. Halperado

Ref. Idade

re avaliação  
 Duplo adulto h 2 an. com  
 fuso venoso  
 interglo  
 pte. de

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Dr. [illegible]  
 [illegible]  
 [illegible]  
 [illegible]

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030201007-2  
 030309020-0

040101005-3(2470)

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030201007-2  
 030309020-0



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas  
  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**  
Número  
**109.384.294-69**  
Nome  
**FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA**  
Nascimento  
**24/09/1991**  
**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**





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

**NOME**  
JOSE EDUARDO DA SILVA

**DOC. IDENTIFIC. / OUT. IDENTIF. Nº**  
1054562 **ESP** **PR**

**CPF**  
455.536.024-91 **DATA NASCIMENTO**  
02/04/1969

**FUNÇÃO**  
JOSEFA CERVASIO DA SILVA

**PERMISSÃO** **ACC** **EXPIRA**  
[ ] [ ] [ ]

**Nº Registro**  
00724153182 **VALIDADE**  
10/11/2019 **Nº Matrícula**  
06/04/1989

**CLASSIFICAÇÃO**  
A 2

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
*[Assinatura]*

**NOME**  
JOAO PESSOA, PR **DATA EMISSÃO**  
11/11/2014

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
*Roberto Carneiro* **60378988469**  
**PR029545609**

**DETRAN-PR (PARANÁ)**

**VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
1009001575

**PROVISOR PLASTIFICAR**  
1009001575

COMPRESA PREV  
29 AGO. 2019  
FRANCISCO J  
AG JOAO PESSOA





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298279/19

**Vítima:** FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

**CPF:** 109.384.294-69

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/04/2017

**Titular do CPF:** FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA : 109.384.294-69

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

**Processo: 08001072720208152003**

**LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

**Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.**

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 17 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182779900000033050625>  
Número do documento: 20092118182779900000033050625

Num. 34566254 - Pág. 2