

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190260462      **Cidade:** Escada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCELO RODRIGUES      **Data do acidente:** 04/11/2018      **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de clavícula direita

**Descrição do exame** Vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 100 graus, abdução a 120 graus, deficit de força de grau medio.

**Resultados terapêuticos:** Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 6 meses

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional moderado(50%) em ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190260462      **Cidade:** Escada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCELO RODRIGUES      **Data do acidente:** 04/11/2018      **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
P1,8.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116479/19

**Vítima:** JOSE MARCELO RODRIGUES

**CPF:** 831.419.524-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/11/2018

**Titular do CPF:** JOSE MARCELO RODRIGUES

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

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

### JOSE MARCELO RODRIGUES : 831.419.524-34

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/04/2019  
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO  
CPF: 111.691.044-60

Data do cadastramento: 04/04/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116479/19

**Número do Sinistro:** 3190260462

**Vítima:** JOSE MARCELO RODRIGUES

**CPF:** 831.419.524-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/11/2018

**Titular do CPF:** JOSE MARCELO RODRIGUES

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 03/07/2019

Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO  
CPF: 111.691.044-60

Data do cadastramento: 03/07/2019

Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

---

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

---

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

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, 05 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190260462**

**Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 04/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES**

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



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, 05 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190260462**

**Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 04/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES**

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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, 15 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190260462**

**Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 04/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES**

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

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



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 Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190260462**      **Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 04/11/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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, 01 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190260462**      **Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 04/11/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: JOSE MARCELO RODRIGUES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000002125**

**Conta: 000000049266-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

831 419 524-34

Nome completo da vítima:

Jose Marcelo Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Jose Marcelo Rodrigues

CPF:

831 419 524-34

Profissão:

Endereço:

02 de Moquira sua Augusto Cavalcante

Número:

508

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Joguariúba

Baixada

Estado:

PE

CEP:

555 00-000

E-mail:

Tel. (DDD):

Centralegreerif@ymail.com

(81) 9 9800-8833

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 2125

CONTA: 000 49 266

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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. 3º, §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.

DEPARTAMENTO DE VITIMAS  
CONTRATO NÃO VERIFICADO

JAN 2019  
Av. Rui Barbosa  
Graciosa, Recife / PE CEP: 52010-040

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Recife, 11 de Agosto de 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Jose Marcelo Rodrigues*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

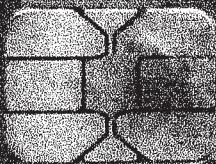
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

# CAIXA

## POUPANÇA

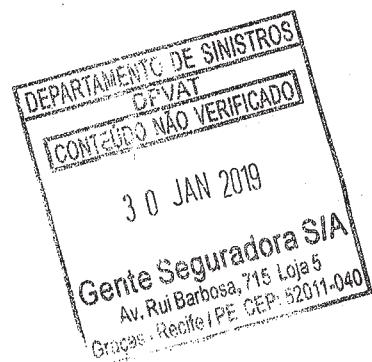


4392 6718 5697 1110

JOSE MARCELO RODRIGUES  
2125 013 00049266-0

10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil



*MS*  
Jailson Lapenda D. da Silva  
Comissário de Polícia 111051  
Mat. 350.755-6

卷之三

501491  
0035031/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 063<sup>ª</sup> CIRCONSCRICAO - ESCADA -  
DP63<sup>ª</sup> CIRC DINTER 1/12<sup>ª</sup> DESEC

PROTETIM DE Ocorrência N°. 14860183002080

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2018 às  
11:17

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 4/11/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR CENTRO E LUM, 1, PRÓXIMO A DU  
EVENTOS - Bairro: CIDADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

（二）在本行的行員中，有誰是你的親友？（請將姓名列在空格內）

SEM AUTORIA (AUTOR VAGENTE)  
JOSE MARCELO RODRIGUES (VITIMA)

11. The following table summarizes the results of the study.

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES

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

JOSÉ MARCELO RODRIGUES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mae: MARIA JOSE DA SILVA RODRIGUES Pai: JOSÉ AMARO RODRIGUES Data de Nascimento: 25/8/1973 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4814410/SSP/PE (RG), 82141022434 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(a) Escolaridade: 7º. GRAU COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefones Celulares:

Enderçao Residencial: RUA AUGUSTO CAVALCANTI, 502 - CEP: 0 - Bairro: JAGUARI -

CRM - AUTORIA - Campo de Atividade: NAO INFORMADO

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

### Qualificacões, habilidades e competências envolvidas

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES. Categóra/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 150 FAM ECI. Objeto apreendido: Não consta no inventário. (Propriedade da autoridade não informada)

9C2MK01678BR488641  
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCO/GASOL

### Complemento / Observação

COMPARQUEU A ESTA DP JOSE MARCELO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO PELA BR 101 PRÓXIMO A URRU EVENTOS QUANDO FOI ULTRAPASSADO POR UM CAVINHAO VINDO A PERDER O CONTROLE E CAIR NA PISTA, QUE FOI SOCOMRIDO PELA UNIDADE DO SAMU N. S. 548438 CONFORME DECLARAÇÃO DA COORDENADORA ELEITE CARVALHO DE SOUSA COREN 382810, QUE FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DOM HELDER CAMARA COM BRONTOARIO 87883 SENDO ATENDIDO PELA ENFERMEIRA ELEUZA MENDES COREN 428767 E DOUTOR ALISSON BARBOSA ( CRM ILEGIVEL ), VITIMA COM FRATURA DE CLAVICULA .

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

*\* José Marcelo Rodrigues*  
JOSE MARCELO RODRIGUES  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA - Matrícula: 288758-8



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5  
Recife - PE



Jailson Lopes da L. da Silveira  
Agente de Polícia  
Mat.: 350.755/

501530

0035121/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -  
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0153001909

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/10/2017 às 10:12

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 30/8/2017 às 20:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE ESCADA, 1, BR 101 - VIA LOCAL - NA ENTRADA DA ARENA - Bairro: CENTRO - ESCADA/PERNAMBUCO /BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA ( AUTOR / AGENTE )  
ABDIAS FRANCISCO DE LIMA ( OUTRO )  
JOSE MARCELO RODRIGUES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
JOSE MARCELO RODRIGUES

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

**JOSE MARCELO RODRIGUES** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA RODRIGUES Pai: JOSE AMARO RODRIGUES Data de Nascimento: 28/8/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4814418/SSP/PE (RG)  
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS  
PROFISSÕES Telefones Celulares:  
- 88181822

Endereço Residencial: RUA AUGUSTO CAVALCANTI, 500 - CEP: 5 - Bairro: JAGUARIBE - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

**SEM AUTORIA** (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**ABDIAS FRANCISCO DE LIMA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EUNICE MARIA DA SILVA Pai: SEBASTIÃO FRANCISCO DE LIMA Data de Nascimento: 12/3/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



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

**MOTO (VEICULO)** da propriedade do(s) Sr(s): **ABDIAS FRANCISCO DE LIMA**, que estivera em posse do(s) Sr(s): **JOSE MARCELO RODRIGUES**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Mão**  
 Cor VERMELHA - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHQ3183** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **8539038829** Chassi: **8C2KC98285R884186**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP JOSE MARCELO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA BR 101 VIA LOCAL QUANDO NA ENTRADA DA ARENA SOLIDU COM UM GACHORRO VINDO A CAIR, QUE CONHECIDOS O SOCORREU E LEVANDO PARA CASA E NO DIA SEGUINTE DEVIDO A FORTE DORES NO OMBRO FOI ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA ONDE FOI ATENDIDO PELA MEDICA DRA. CAMILLA SANGUINERE CRM 24617, SENDO TRANSFERIDO PARA A UPA DO CABO DE SANTO AGOSTINHO ATENDIDO PELA MEDICA DRA MARCELLE GARNIERO CRM 24898 E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA COM O PRONTUARIO 87393 ATENDIDO PELO MEDICO DR. HOMERO RODRIGUES E ENFERMEIRA ILANA DE SOUZA FLORENCIO GOREN 377337. VITIMA COM FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVIGULA DIREITA.

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

*João Marcelo Rodrigues*  
**JOSE MARCELO RODRIGUES**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA** - Matrícula: **360755-6**



*MS*  
Jailson Lapenda L. da Silva  
Comissário de Polícia  
Mat. 350.755-6

卷之三

Comissário de Polícia  
Mat. 350.755-6

ciencia

10116479 119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 063ª CIRCUNSCRICAO - ESCADA -  
DP63ªCIRC DINTER1/1 2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 1380152002080

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2018 às  
11:17

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 4/11/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR CENTO E UM, 1, PRÓXIMO A DRO  
EVENTOS - Bairro: CIDADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

• **Geometric Series** – A series in which each term is obtained by multiplying the previous term by a constant ratio.

SEM AUTORIA (AUTOR VAGENTE)  
JOSE MARCELO RODRIGUES (VITIMA)

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em  
Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES



Qualificação da(s) pessoa(s) empregada(s)

JOSÉ MARCELO RODRIGUES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
JOSÉ DA SILVA RODRIGUES Pai: JOSÉ ANARO RODRIGUES Data de Nascimento: 26/8/1973  
Naturalidade: RECABO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4814410/SSP/PE (26),  
8314186246 (CBF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão:  
OPERADOR DE Telefones Celulares:

Endereço Residencial: RUA AUGUSTO CAVALCANTI, 508 - CEP: 0 - Bairro: JAGUARIPE -  
ESCARABAÇO/PERNAMBUCO/BRASIL

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: MAG - MATERIAIS

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

### Qualificação(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN EST. Objeto apreendido: NÃO EXISTE  
COR VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PISCA: 0000000000 (PERNAMBUCONÃO INFORMADO) Renavam: 0000000000 Chassi:

## Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/cmtech/.infopath/xml/BOEPreview.html

802MK0167EDR4488647

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCOOL/GASOL

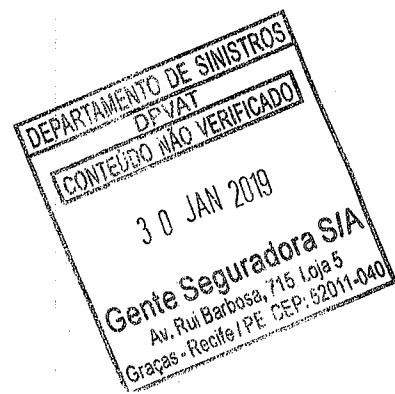
## Complemento / Observação

COMPARTEU A ESTA DP JOSE MARCELO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO PELA BR 101 PRÓXIMO A URRU EVENTOS QUANDO FOI ULTRAPASSADO POR UM CAMINHÃO VINDO A PERDER O CONTROLE E CAIR NA PISTA, QUE FOI SOCORRIDO PELA UNIDADE DO SAMU N. S. 548436 CONFORME DECLARAÇÃO DA COORDENADORA ELEITE CAMVALINO DE SOUSA COREN 352010, QUE FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DOM HELDER CAMARA COM PRONTUÁRIO 87382 SERGIO ATENDIDO PELA ENFERMEIRA ELEUZA MENDES COREN 428767 E DOUTOR ALISON BARBOSA ( CRM ILLEGÍVEL ), VITIMA COM FRATURA DE CLAVICULA.

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

\* José Marcelo Rodrigues  
JOSE MARCELO RODRIGUES  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA - Matricula: 250756-8



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

831 419 524-34

Nome completo da vítima:

Jose Marcelo Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Jose Marcelo Rodrigues

CPF:

831 419 524-34

Profissão:

Endereço:

02 de Moquira sua Augusto Cavalcante

Número:

508

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Joguariúba

Baixada

Estado:

PE

CEP:

555 00-000

E-mail:

Centrafegueiro@Gmail.com

Tel. (DDD):

(81) 9 9800-8833

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 2125

CONTA: 000 49 266

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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. 3º, §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.

DEPARTAMENTO DE VITIMAS  
CONTRATO NÃO VERIFICADO

JAN 2019  
Av. Rui Barbosa  
Graciosa, Recife / PE CEP: 52010-040

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Recife, 11 de Agosto de 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Jose Marcelo Rodrigues*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARCELO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02125

CONTA: 000000049266-0

---

Nr. da Autenticação 66CDE6ED1A6930D4



**SAMU  
192**

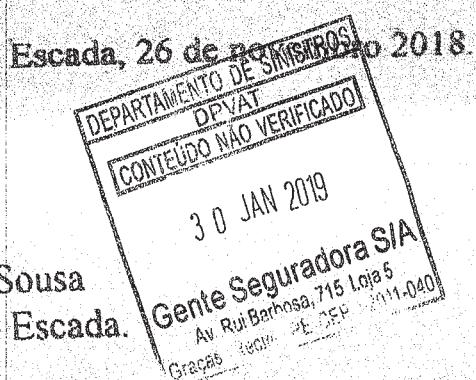
**Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**

## **DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. José Marcelo Rodrigues, portador da Carteira de Identidade RG n.º 4514410 -SSP-PE- e inscrito no CPF/MF sob o CPF n.º 831.419.524-34, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência N.º S. 548439, que no dia 04 de novembro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Base Descentralizada Escada - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de moto ( Fratura na clavícula), as 18:34:30 hs, ocorrência na BR 101 Km, sendo removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

  
**Eliete Carvalho de Sousa  
Coordenadora da Base SAMU – Escada.  
COREN/PE – 382.910**

**Eliete Carvalho de Sousa  
COREN-PE: 382.910-ENF.**



ADOS DO CLIENTE

JOSE MARCELO RODRIGUES

CPF: 831.419.524-34

CLASSIFICAÇÃO

31 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA P/ PRÓXIMA LEITURA
39203363 PRESENTAÇÃO	UNICA Nº DO CLIENTE	14/11/2018 Nº DA INSTALAÇÃO	22/11/2018 TOTAL A PAGAR (R\$)	17/12/2018
4/11/2018	2001248214	1056438		45,01

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA AUGUSTO CAVALCANTE 564 A

JAGUARIBE ESCALADA  
 ESCADA 4 FE  
 56500-000

CONTA CONTRATO MÊS/ANO

2461591011

DATA DE VENCIMENTO

11/2018

DATA PREVISTA P/ PRÓXIMA LEITURA

22/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

17/12/2018

45,01

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
64.0000000	0,73645887	39,78
	0,35	0,35
	1,35	1,35
	2,70	2,70
	0,33	0,33

Consumo Ativo (kWh)  
 Acréscimo Bandeira AMARELA  
 Acréscimo Bandeira VERMELHA  
 Contrib. Ilum. Pública Municipal  
 MS Subvenção-CDE-MF 031652918-100912

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DE VAT  
 (CONTÁDIO NÃO VERIFICADO)  
 30 JAN 2019

Gente Seguidora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 15 Loja 5  
 510-00-000  
 CEP: 52011-040

ALTA/ENTRADA

TIPO DA MIGRAÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
0294	04/11/2018	1056438	10/11/2018	1056438	6	0,73645887	0,00	45,01

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JÓAO DE BARROS, 111, BOA VISTA  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



www.celpe.com.br

**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
**Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142**  
**Ouvidoria 0800 282 5599**  
**Cia de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado**  
**SC-ARPE: 0800-727-0167-Ligaçāo Gratuita de Telefones Fixos**  
**Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL**  
**167-Ligaçāo Gratuita de telefones fixos e móveis**

<b>DADOS DO CLIENTE</b> MARIA JOSE DA SILVA PROX AO TERMINAL DE ONIBUS CPF: 014.751.244-14		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>06/08/2018</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>30/07/2018</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>002293634010</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> TV 3 SEMPRE VIVA 78  CURADO II/CAVALEIRO 54000-000 JABOATAO DOS GUARARAPES PE		<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>30/07/2018</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2001222131</b>
			<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>026079024</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0001713710</b>
		<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
		<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>4990.BFB2.1065.A0D7.926D.044A.DA67.8B2B</b>		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>				

## DESCRICAO DA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
Pague no ponto mais perto de você! arena hi-tech: rua joao fraguas de medeiros no 1784 candeias / r m de menses cunha - me: iati 1 cajueiro seco. lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> . Tarifa social de energia cancelada: cadastro único não atualizado. Informações pelo tel. 0800 707 2003 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
		MÍNIMO	MÁXIMO
		220	202
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

**DESTAQUE AQUI**

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002293634010	07/2018	0,00	06/08/2018	<p>• Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

## FATURA PAGA

## **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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>2</sup>**.

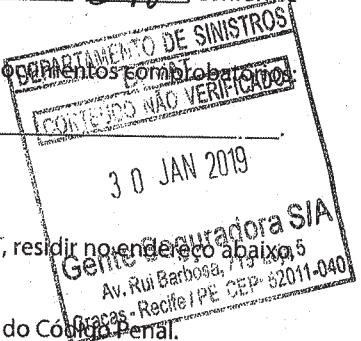
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Juliana Maria da Silva Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 311691044-60,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Marcelo Rodrigues inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 831419524-34, do sinistro de DPVAT cobertura Irregular, da Vítima  
Jose Marcelo Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 831419524-34, 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		Número	Complemento
<u>Av. 3 Sempre Viva</u>		<u>178</u>	<u>—</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro II</u>	<u>Jaboatão dos G</u>	<u>PE</u>	<u>54000-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(81)99866.8833</u>	<u>(81)98671.1713</u>

Local e data

Recife 24 de Janerio de 2019

Assinatura do Declarante

Juliana Maria da Silva Nascimento

PACIENTE: José Marcelo Rodrigues

Paciente realizou Tratamento fisioterapêutico  
p/ luxação de clavícula

① Durante o período  
de 19/12/18 à 01/04/19.

Apresenta melhora de  
ADM e Mais Força no  
MSD.

Recebe alta deste setor,

Dra Camilla Brena  
Fisioterapeuta  
CRF-SP 215941-F

DATA 01/04/2019

Médico - CRM

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ: 10.291.311/0001-00 - CEP: 55.500-000

## LAUDO MÉDICO

## Carta de Atenção.

Nº PRONTUÁRIO: 1234567890

**NOME DO PACIENTE:**

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID

OBS.:

## AFASTAMENTO DO TRABA

Dr. Eduardo de Oliveira  
Ortopedista  
CRM 14308 TEOF 10852  
Assis

## Assinatura do Médico Carimbo



Atendimento: 465743

Data e Hora: 04/11/2018 19:52

Senha da Classificação:

0041

Paciente: 97393 JOSE MARCELO RODRIGUES

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 25/08/1973 Idade: 45 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA RODRIGUES Nome do Pai: JOSE AMARO RODRIGUES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA AUGUSTO CAVALCANTE - JAGUARIBE 503

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: JOCILENEOML

RG (Identidade): 4514410

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS: 898002966581052

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

08 NOV 2018

Queixa Principal

Paciente Vítima de queda de bicicleta com fratura no fêmur esquerdo. Váriais queixas de dor

que curado (D). Flávio P. M. V.

Exame Físico

Foto Pertencente à escala, exame, exame fco, exame fco

A- Vértebras lombares/coluna s/ lesão (D)

B- PNL (D) PNL

C- PNL clínico: fco 80 fco plano, dor intensa, intensa e p/2000

D- PNL (D) PNL

Hipótese Diagnóstica

E- de fratura em fco fco clínico-clínico (D)

Conduta Terapêutica

(D) 1) fases de ciclos/ politraumatizado

Prescrição Médica

→ Rx de fco AP

→ Rx controles AP e perfil

→ Rx escala AP

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Carimbo/Médico

Dr. Alisson Barbosa Gonçalves

C. J. 0110100000

Dr. Edilson S. de Almeida Andrade  
CRM/PE 1013  
MPE/PE 2013

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEVAT  
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

30 JAN 2019

Genre Seguradora SIA  
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5  
Recife / PE - CEP: 52011-040

RAIO-X

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resum Classificação de Risco - Protocolo  
Data de Entrada: 04/11/2018 19:41

## PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: JOSE MARCELO RODRIGUES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 25/08/1973 -  
Sexo: Masculino  
Idade: 45  
Senha: 0041  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/11/2018 19:46 - 04/11/2018 19:49

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO DO SAMU COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO, CHEGA CONCIENTE  
ORIENTADO.  
PA:130/90  
HGT:128  
SPO2:98  
FC: 76.  
NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

04/11/2018 19:41  
ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Assistente: **Assistente**

411118  
22-13  
Painel avulso 4  
Mude sind comendo  
Selar Hemopte ⑥  
+ Ritos Ambulantes

dr Almeida Araújo

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 04/11/2018 19:50

Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: de Oliveira Registro: 47393  
Enfermaria: Clínica Leito: 01  
Data: 04.11.18

Plantão Noturno

SNE ( ) GTT ( ) Dieta zero ( )  
Respiração espontânea ( ) AVM ( ) VNI ( ) Cat. 02 ( ) Venturi ( )  
Respiração mecânica ( ) Central ( ) Local: \_\_\_\_\_ Data da troca: 02.11.18  
Sor ( ) Não   
SVD ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Ausente

Altura: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Melhorada ( ) Óbito ( ) Evacuado ( )

Antônio Vieira da Silva  
COREN: 51261428-11

Horário	FC	PA	Sat 02 e FR	TEMP.	DIETA	GANHOS			CONTROLE HÍDRICO			EVAC.	HDL	Sintoma Sintomática
						NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.			
00														
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

30 JAN 2018

Gente Seguradora SIA  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife/PE CEP: 50110-040

Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Antônio Vazirada Silva Registro: 97393

Unidade: Enfermaria Leito: 01

Data: 02.01.18

Plantão Noturno

Defeito: SNE ( ) GTT ( ) Dieta zero ( )

Respiração espontânea ( ) AVM ( ) VNI ( ) Cat. 02 ( ) Venturi ( )

Respirador: Central ( ) Local: \_\_\_\_\_ Data de troca: 02.01.18

Sam ( ) Não ( )

Accesso venoso: SVD ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Conduta: Ausente ( )

*Antônio Vazirada Silva - Melhorada - 02.01.18*

Local: Local Melhorada ( ) Óbito ( ) Evacuação ( )

Nome do enfermeiro: Antônio Vazirada Silva

COREN: PE1265420-11

Hora	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	H	FC	PA	Sat. 02 e FR	TEMP.	DIETA DI	NPT	MDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DUR.	EVAC.	HDL	Saud.
20															
21															
22															
23															
24															
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENDO NAO VERIFICADO

30 JAN 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Cracás - Recife/PE CEP: 5211-0401



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PACIENTE: José Marcelo Rodrigues

Paciente sofreu acidente de moto com lesão em ombro (D)

CDS-10 - S40

Contusão clavícula D  
apresenta na Avaliação de  
Fisioterapia, redução da  
Amplitude de Movimento em  
Adução / Abdução + elevação  
de MSD.

Respeite dor Moderada ao  
movimento.

Deve iniciar os tratamentos  
e permanecer sob o meu  
atendimento até que possa  
retornar às suas ativida-  
des laborais.

DATA: 19/12/2018

Dra Camilla Brena  
CRM-PE 215941-7

Médico - CRM

### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 10.291.311/0001-00 - CEP: 55.500-000

1º. Trav. Com. José Pereira, s/n - Atalaia - Escada / PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENERGIA  
CARTEIRA NACIONAL DE ENERGIA

NOME

JOSE MARCELO RODRIGUES



DOC. DENTO DA EMISSOR / UF

6514410 SSP PE

CPF

831.419.524-34

DATA NASCIMENTO

25/08/1973

PRIMEIRO

JOSE MARCELO RODRIGUES

MARIA JOSE DA SILVA RODRIGUES

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.



Nº REGISTRO

01395623672

VALIDADE

25/08/2012

HABILITAÇÃO

10/08/2000

OBSERVAÇÕES

NAR

CEVICI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DRIVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 JAN 2019

Gente Seguradora SIA  
AV. Rui Barbosa, 115 Loja 5  
Graciosa - Recife / PE 50110-040

*Jose Marcelo Rodrigues*

LOCAL

CASO DE GUITO MENEZES, 32

DATA EMISSÃO

30/10/2012

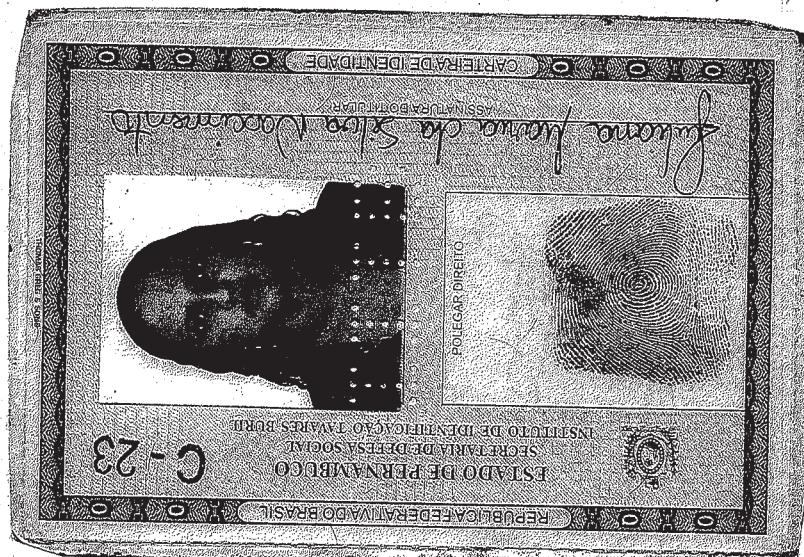
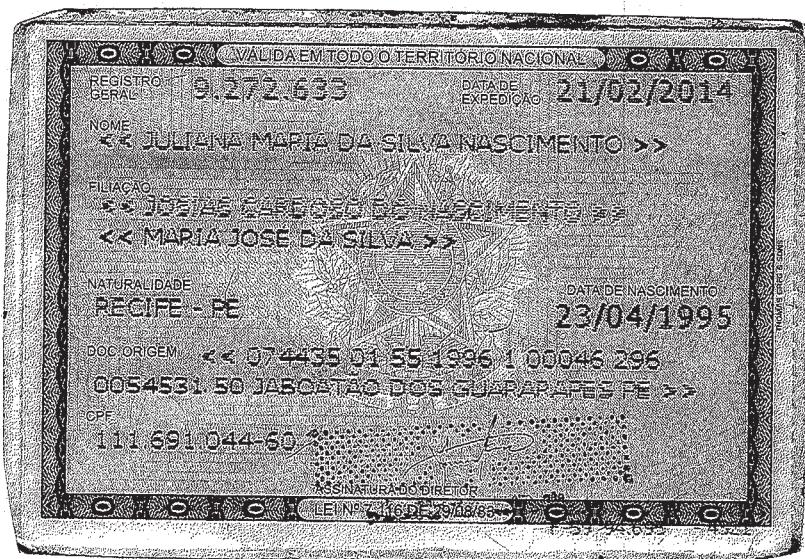
*Jose Marcelo Rodrigues*

6500065992  
PERMANECE

PERMANECE

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1683853528

PERMANCE PLASTIFICAR  
683853528





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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190260462

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSE MARCELO RODRIGUES

**Endereço do(a) Examinado(a):** R AUGUSTO CAVALCANTI, 508 -  
ESCADA/PE - CEP 55500-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 4514410 - ssp pe - 30/10/2018

**Data e Local do Acidente :** 04/11/2018 - ESCADA/PE

**Data e Local do Exame :** 18/07/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON  
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

fratura de clavícula direita

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

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem  
complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 6 meses

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

vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 100  
graus, abdução a 120 graus, deficit de força de grau medio.

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

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

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

limitação de grau medio do ombro direito, com bloqueio articular.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

“Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

“Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

ombro direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190260462      **Cidade:** Escada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCELO RODRIGUES      **Data do acidente:** 04/11/2018      **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de clavícula direita

**Descrição do exame** Vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 100 graus, abdução a 120 graus, deficit de força de grau medio.

**Resultados terapêuticos:** Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 6 meses

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional moderado(50%) em ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190260462      **Cidade:** Escada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCELO RODRIGUES      **Data do acidente:** 04/11/2018      **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
P1,8.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116479/19

**Número do Sinistro:** 3190260462

**Vítima:** JOSE MARCELO RODRIGUES

**CPF:** 831.419.524-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/11/2018

**Titular do CPF:** JOSE MARCELO RODRIGUES

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/04/2019

Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO  
CPF: 111.691.044-60

Data do cadastramento: 15/04/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos