



Número: **0019892-57.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLAUDIO VANDERSON DE MENESES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66130 646	11/08/2020 14:39	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035695

Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

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 15410861





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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035695

Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Informamos que o pagamento da indenização do 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: **CLAUDIO VANDERSON DE MENESES**

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

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000015669-1**

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, retorne 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.

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

070.533.344-22

4 - Nome completo da vítima:

Claudio Vanderson de Menezes

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

5 - Nome completo:

Claudio Vanderson de Menezes

6 - CPF:

070.533.344-22

7 - Profissão:

Relacionado Rua José Vieira de Barros 303

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Toritama

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55125-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 9.5258-3087

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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:

2551

CONTA:

35669

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. 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.

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(s) ou menor(s)?

☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Toritama 22/11/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA
POUPANÇA

603689 0010 74686 7159

CLAUDIO VANDERSON MENESES

10/24

mastercard



COMPRE

PROTUCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

31/10/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ªCIRC DINTER/17ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0219001698

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/10/2019 às 09:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 2/6/2019 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA VICINAL DO SÍTIO TABOCAS, ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
CLAUDIO VANDERSON DE MENESES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do Sr(a) CLAUDIO VANDERSON DE MENESES



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

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

CLAUDIO VANDERSON DE MENESES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANTONIA LUCIA SILVA DE MENESES** Pai: **EDVALDO JOSÉ DE MENESES** Data de Nascimento: **31/7/1986** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7474142/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81992499649**

Endereço Residencial: **RUA JOSE VIEIRA DE BARROS, 103 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO VANDERSON DE MENESES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIO VANDERSON DE MENESES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH6455 (PERNAMBUCO/TORITAMA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO POP 110I, NA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO TABOCAS, ZONA RURAL DE CARUARU, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO DO ALUDIDO VEÍCULO E VEIO A CAIR. AFIRMA O QUEIXOSO QUE FICOU GRAVEMENTE FERIDO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA DESTA CIDADE DE TORITAMA, EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/Infopol/xml/BOEPreview.html

1/2




31/10/2019

Boletim de Ocorrência

PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CARUARU. DO HRA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE CADADE DE BÉZERROS ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRURGICA, EM VIRTUDE DE TER FRATURA A CLAVICULA.

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


CLAUDIO VANDERSON DE MENESES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE MELENO DA SILVA** - Matrícula: 381.035-6



file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/Infopol/xml/BOEPreview.html

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

070.533.344-22

4 - Nome completo da vítima:

Claudio Vanderson de Menezes

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

5 - Nome completo:

Claudio Vanderson de Menezes

6 - CPF:

070.533.344-22

7 - Profissão:

Relacionado Rua José Vieira de Barros 303

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Toritama

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55125-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 9.5258-3087

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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:

2551

CONTA:

35669

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. 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.

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(s) ou nascidos?

☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Toritama 22/11/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA
POUPANÇA

603689 0010 74686 7159

CLAUDIO VANDERSON MENESES

10/24

mastercard



COMPRESSÃO
2
PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



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:	30/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

BANCO: 104

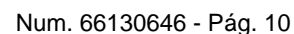
AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000015669-1

Nr. da Autenticação 038F4E8C55B16BD3



COMPREV
COMPREV VIDA & PREVIDÊNCIA S/A
22 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRE



Fluorescentes e fontes de calor
SOLAR
Serviço Criado pela Lei 10.433, de 20/04/02
CEP 80040-002
www.celpa.com.br

DADOS DO CLIENTE
ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE VIEIRA DE BARROS 103
CENTRO/TORITAMA
TORITAMA/PE
55125-000

CPF: 070.783.114-85 NIS: 2008384852

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BADA RENDACOM NIS

7023145080 09/02/2019
21/10/2019

078234700 CNCA 18/08/2019
18/08/2019 2014816823 3882254

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	10,20000000	7,80
10,00000000	0,40000000	31,21
51,00000000	0,80000000	34,10
		5,57
		0,58
		0,85
		1,88
		0,89
		0,32
		3,00

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acrescimo Bandeira VERDE/LIMPA
Contrib. Ref. Pública Municipal
ICMS Geração - ICMS-SP 070313826 - 18/07/19
Multa por atraso-SP 070313826 - 18/07/19
Juros por atraso-SP 070313826 - 18/07/19
Atualização IOPM-SP 070313826 - 18/07/19
PROD-CRANCA-0813412-5866-0800-031-8988

TOTAL DA FATURA 66,29

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7023145080	CAT	18/08/2019	11,291,00	18/08/2019	11,723,00	8	1,0000	1,0000	18,00

CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
Consumo Ativo até 30 kWh	7,80	11,77%
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	31,21	47,09%
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	34,10	51,43%

34FD 4305 6044 023E F445 E004 AR44

72 JAN 2020

PROCOLO

72 JAN 2020

PROCOLO



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 4020-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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

Elaine Kelly Pereira de Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 070.783.114-185 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Claudio Vanderson de Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.533.344-22

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Claudio Vanderson de Menezes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.533.344-22, 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 Jose Celso de Barros</u>	Número: <u>203</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Tortima</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55125-000</u>	Tel (DDD): <u>3258-3087</u>

Local e Data: Tortima 22/11/19

Elaine Kelly Pereira de Lima
Assinatura do Declarante

DL01.000.0001/2017





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



Toritama, 18 de Julho de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 126/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **CLAUDIO VANDERSON DE MENEZES**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **CLAUDIO VANDERSON DE MENEZES** deu entrada nesta unidade como consta no prontuário sob o registro nº 42332-1 no dia 02/06/2019. Foi atendido e em seguida sendo liberado.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde
Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741- 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com





ATCO-36775-1-69

Unidade: 2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA		Data e Hora da Chegada 02/06/2019 às 14:36	
Paciente: 16585-1 CLAUDIO VANDERSON DE MENEZES	Nascimento: 31/07/1986		
Sexo: Masculino RG:	Idade: 32 ano(s), 11 mês(es) e 18 dia(s)		
Município: TORITAMA	UF: PE		
Logradouro: JOSE VIEIRA DE BARROS, 103	Localidade: CENTRO		
Profissão:	Telefone: (81) 92499649 / ()		
CNS Pac.:	Celular: ()		
Nome Mãe: ANTONIA LUCIA SILVA DE MENEZES			
Ass. Paciente ou Resp:		Polegar	
Nome Responsável, Quando menor:		Nº Registro: 42332-1	
Grau Parentesco:			

DADOS DA TRIAGEM

Data	Hora	Profissional	Descrição
02/06/2019	14:46	AGENDA INTEGRADA	130 / 80; Observação: Dor em Ombro E após queda de moto.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM E OBSERVAÇÃO

Data	Hora	Rotina	Profissional	Descrição
------	------	--------	--------------	-----------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID / CIAP 2	Código	Hipótese	Profissional
CID R520		DOR AGUDA	214-1-JOSE BARBOSA DA SILVA JUNIOR - CRM-PE 23277
PCT		VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 30 MIM COM DOR EM OMBRO E. CD RX DE OMBRO E.	210-1-HAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878
CID Z000		EXAME MÉDICO GERAL	
QUEDA DE MOTO			
DOR EM OMBRO DIREITO			

RX LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR / LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO IMPORTANTE AO ORTOPEDISTA

BEG, ORIENTADO
HRA: 5697353

PROCEDIMENTOS

Código	Procedimento	Profissional	Data
030105006	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	02/06/2019
030110001	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	02/06/2019
030110001	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE		

MEDICAMENTOS

Código	Medicamento	Concentração	Posologia
--------	-------------	--------------	-----------

EXAMES

Código	Exame	Observação
--------	-------	------------

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES

Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição
02/06/2019	15:15	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML INJ. 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRA-MUSCULAR (Uso Externo)	JOSE BARBOSA DA SILVA JUNIOR - CRM-PE 23277
02/06/2019	15:15	DEXAMETASONA 4MG/3ML INJ. 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRA-MUSCULAR (Uso Externo)	JOSE BARBOSA DA SILVA JUNIOR - CRM-PE 23277

Profissional Responsável

Página 1 de 1

Quinta-feira 18 de Julho de 2019 10:54 AM



Veículo (Veículo) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS ROBERTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS ROBERTO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **NAO**

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

Endereço Residência: **RUA ERONILDES M. DOS SANTOS, 34, QUADRA 8 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 - 87996191287
 5918200/SSP/PE (RG), 02586174461 (CPF) Profissão: **SENALEIRO DE LIMPEZA** Telefones Celulares:
MACIELDE MARIA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LINDAURA MARIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **23/6/1976** Naturalidade: **PETROLANDIA/PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **32026838X/SSP/SP (RG)**

Endereço Residência: **RUA ERONILDES M. DOS SANTOS, 34, QUADRA 8 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 - 87999131234

MARCOS ROBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: **21/7/1978** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **32026838X/SSP/SP (RG)**
 Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:
Nome: Claudio Vazquez

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

À FISIOTERAPIA MOTORA

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

VEÍCULO: (usado na geração de cópia de arquivo de movimento)
FINALIDADE: Analgesia e ganho de arco de movimento

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DIAGNÓSTICO: Lesões de clavícula
 Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:
MARCOS ROBERTO DA SILVA (VITIMA)
MACIELDE MARIA DE SOUZA (TESTEMUNHA)
NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA AUSPÍCIO VALCENIO GARRAHO, 13, QUADRA 13 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PADARIA DOCE PAES**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO É FATO DE POLÍCIA (Consumado) que aconteceu no dia **4/10/2019 às 07:00**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/12/2019 às 15:18**

Bezerros,

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 19E0276001433

DINTER/22/DESEC

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLANDIA - DP186-CIR



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/Intopol/xml/BOEPReview.html



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Kê de supervisão e Josefa Almeida
 Condutor e Nelson H
 FICHA DE

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO



PREFEITURA DE
ORITAMA
Trabalhando para todos

2º VIA - AO PÁCIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando para o Hospital de Referência.

NOME DO PACIENTE: Claudio Vandersan de Fátima REGISTRO: 1111111111

IDADE: _____ RESIDENTE: _____

IDADE: _____ RESIDENTE: _____
PARA O HOSPITAL: Horta - Art. 1. SENHA: 5697 353

ESCLARECE SE O MESMO E PORTADO DE:

SE O MESMO É PORTADO DE:

quede ne 1. ob
der en obra (E)

Rx 1/ uso de álcool -
cheirinho positivamente
+ put com limão de importante
de movimento

4 di 100

Revised Code
Medley
Oct 2000

$$a_2 - a_6 = 19$$

DE ACORDO COM O MÉDICO

DATA /

TORITAMA

ASSINATURA DO MÉDICO:

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama – Pernambuco • Telefone: 3741. 1192 • E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com





NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Reop no dia 20/06)

MTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO: 08/08/19

(Reop no dia 08/08/19)

08/08/19

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Quedas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 451
RQE-PB 21025





NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Reop no dia 20/06)

MTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Quedos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7451
-RM-PB 21025





NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Reop no clia 20/06)

MTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO ~~08/08/19~~

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 1451
-GEM-PE 21025





NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(leap no dia 20/06)

ATA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PA 1451
RQE - PE 21025





NOME: Cludio Anderson de Moraes

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: luxação do ombro direito CID-10: S42, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 13.06.19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Felipe Guades
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 7461 e 7462

Bezerros, 11.07.19.




RECEITUÁRIO

NOME: CLAUDIO VARGELIS - 32 ANOS

TORITAMA

0 no 0m no (0)

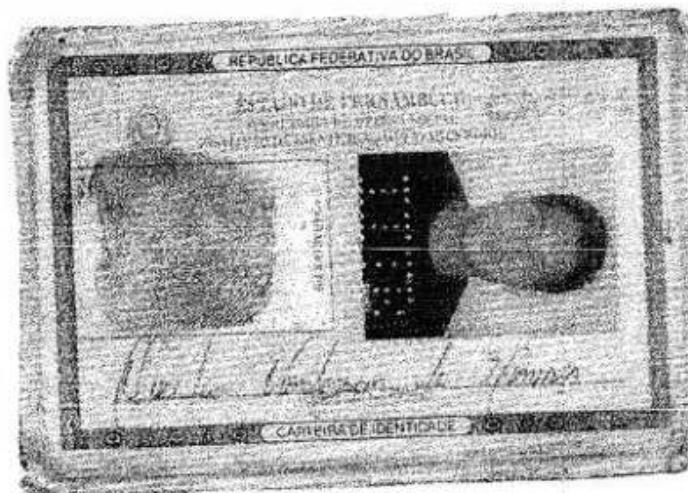


Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM 35288
CONSELHO DO PROFISSIONAL


Tecn. em Radiologia
CRM 045812

0 p 7 1 5







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035695 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 02 04 //

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035695 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 02 04 //

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Claudio Vanderson de Menezes
portador(a) do documento de identidade nº 7.474.142, expedido por SDS, em
05/01/2010 inscrito no CPF sob o nº 070.533.344-92, residente na
Rua José Vieira de Barros, nº 103
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Toritama, Estado PE
2. Outorgado Elaine Kelly Pereira de Lima
portador(a) do documento de identidade nº 7268798, expedido por SDS, em
26/03/2003 inscrito no CPF sob o nº 070.783.114-85, residente na
Rua José Vieira de Barros, nº 103
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Toritama, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.



Outorgante Claudio Vanderson de Menezes



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030211/20

Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

CPF: 070.533.344-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES : 070.783.114-85

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

CLAUDIO VANDERSON DE MENESES : 070.533.344-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES
CPF: 070.783.114-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

JONATAN BARBOSA DE BARROS

