
Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038424

Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038424

Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000020102-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

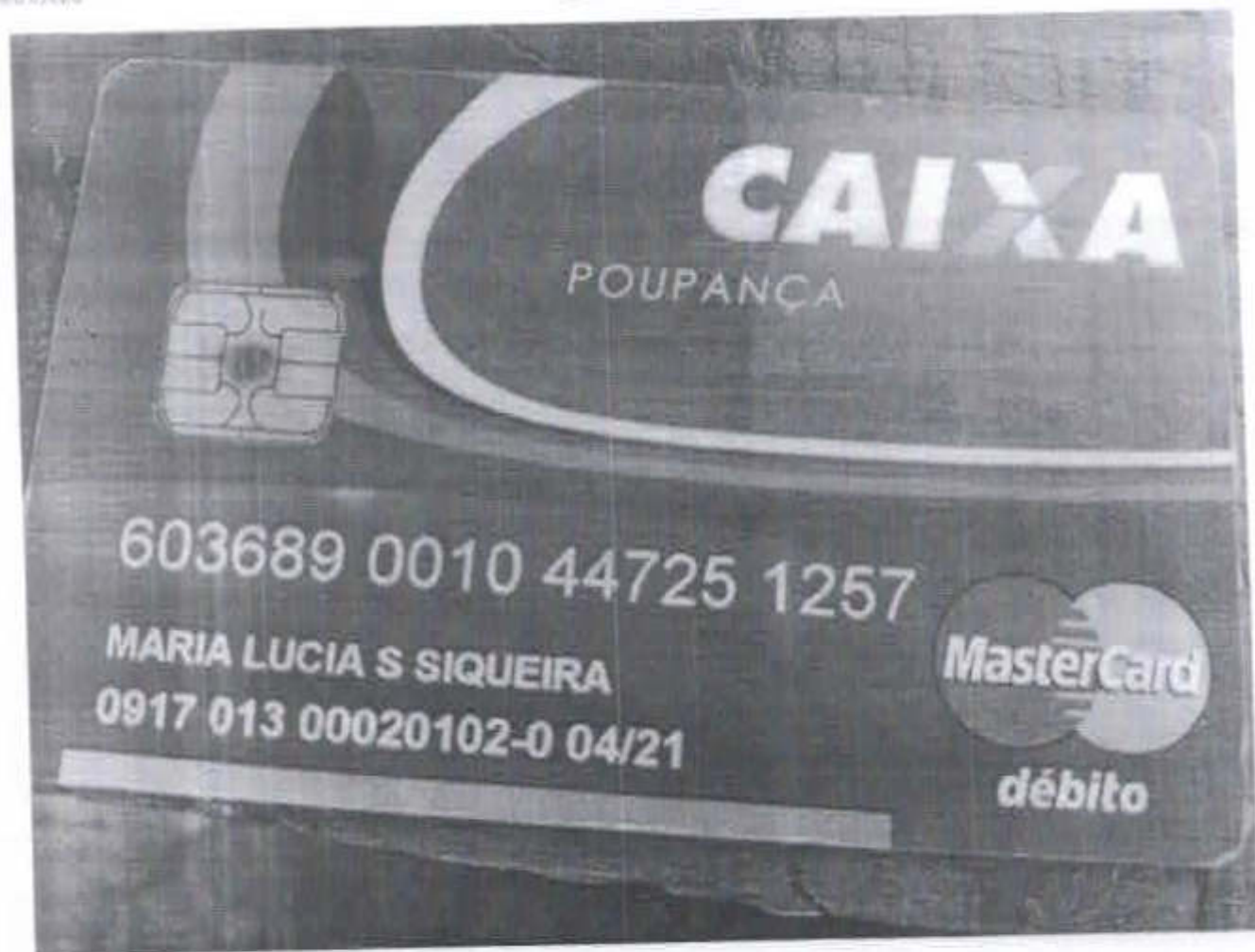
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, 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,

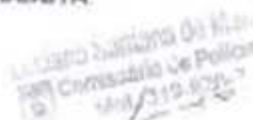






GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES - 28ª CIRC DEL. PAULISTA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E2115000005**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/01/2020** às **10:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **29/10/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SENADOR NILO COELHO, 01 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ESTADO (AUTOR) AGENTE
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA**

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

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA** Pai: **ANTONIO MARAVILHA DE SIQUEIRA** Data de Nascimento: **23/7/1967** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA OPALA NEGRA, 271 - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ESTADO - Ramo de Atividade: **ADMINISTRACAO PUBLICA, DEFESA E SEGURIDADE SOCIAL**

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

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

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDB3179** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1166168503** Chassi: **9C2JC7000JR036732**
Ano Fabricação/Modelo: **2018-2018**

Descrição: **HONDA BIZ 110 DE PLACA PDB3179**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTE POSTO POLICIAL INFORMANDO QUE, NA DATA CITADA, ESTAVA TRAFEGANDO COM SEU VEICULO HONDA BIZ 110 DE PLACA PDB3179, PELA AVENIDA SENADOR NILO COELHO SENTIDO INTEGRAÇÃO DA PE-15, QUANDO DE REPENTE SE DEPAROU COM UMA LOMBADA DEFORMADA COM PARTES FONTEAGUDAS, QUE NO MOMENTO QUE TENTOU DESVIAR DAQUELE TRECHO PARA PASSAR PELA PARTE DA LOMBADA QUE ESTAVA COM CONDIÇÕES DE TRAFEGABILIDADE, O PNEU DO VEICULO DERRAPOU, MOMENTO ESTE QUE, A CONDUTORA DO VEICULO NÃO CONSEGUI CONTROLAR O REFERIDO VEÍCULO. CHEGANDO A CAIR

DA MOTONETA SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS, QUE DA QUEDA RESULTOU LESOES FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO, FRATURA DE PATELA, FRATURA DO 1/3 DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO, PASSANDO POR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA OSTEOSSINTESE DO PLANALTO TIBIAL DIREITO COM PLACA EM L MAIS SUTURA EM PATELA DIREITA, OSTEOSSINTESE COM PLACAS DE 1/3 DE CANO, QUE DIANTE O EXPOSTO REGISTROU ESTE BOLETIM PARA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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


MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **LUCIANO SANTANA DE MELO** - Matrícula: **319626-7**

Luciano Santana de Melo
Comissário de Polícia
Mat. 319.626-7
L-6



1 - Tipo de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do documento AD: 2 - CPF da vítima: 225.193.604-10 4 - Nome completo da vítima: LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSF Nº 493/2012

6 - Nome completo: LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA 6 - CPF: 225.193.604-10
7 - Estado: RORAIMA 8 - Endereço: RUA OPALINA NOBES 9 - Número: 271 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.060-450
15 - Data: 27/01/2020 16 - Assinatura: [Assinatura]

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Obrigado, para todos os fins de direito, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0417 CONTA: 20102 0 AGÊNCIA: CONTA:

Autenticação: Insira o código de verificação da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e o valor do valor devido, 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda 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.

Declaro, sob as penas da Lei, que não apresento qualquer documento que permita a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica e/ou médica, para a verificação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessária, de acordo com o procedimento de verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro, que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a periciação médica, caso esta não seja conclusiva.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Nome do cônjuge da vítima:

25 - Data de nascimento com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: 30 - Vítima deixou parente(s) próximo(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - Vítima deixou parente(s) próximo(s)? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da Lei, que o liquidador LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e apresentarem documentação comprobatória, desde que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a pedido):
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha

40 - Local e data: Recife 27.01.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Perceptor (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

CPF: 225.193.604-10



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001350 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA, 62 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 1961944 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 225.193.604-10, residente à RUA OPALA NEGRA, nº 271, FRAGOSO, OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 29/10/2019, por volta das 12:25 hs, no endereço: AVENIDA SENADOR MILO COELHO, XXX, JARDIM BRASIL OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTO, envolvendo VEÍCULO RETIRADO DO LOCAL DA OCORRÊNCIA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA, inscrito sob o CPF nº 225.193.604-10 e Registro Geral nº 1961944, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT BM 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o UPA OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1544476. Ficou aos cuidados do médico EDGAR B. LOBO JR., registro 4673. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH

Posição em 17/12/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2019APH001350

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000020102-0

Nr. da Autenticação 5AE42B90201737D0

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1416104584

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

Av. JOÃO DE BARROS, 111, RUA VISTA
RECIFE-PERNAMBUCO
CEP: 50040-900
CNPJ: 10.925.722/0001-38
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0007345-33



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26/04/02
COMERCIAL 119 | PRONTUÁRIO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 252 0142
Ouvidoria: 0800 252 5359
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA	DATA DE VENCIMENTO 10/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/12/2019	CONTA CONTRATO 2832486011
ENDEREÇO RUA OPALA NEGRA, 111 - JARDIM ATLANTICO/OLINDA - 53060-450 OLINDA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 231,51	DATA DA APRESENTAÇÃO 27/12/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 089234595	

PERÍODO CONSUMO 19/11/2019 a 19/12/2019	CONSUMO 274
---	-----------------------

IPTU - BASE DE CÁLCULO R\$ 9,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 54,17

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Detalhes para

* CONTA CONTRATO 2832486011	MÊS/ANO 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 231,51	VENCIMENTO 10/01/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

LEZIRIAN DA SILVA OLIVEIRA MATRICULA 10706612-200229
R. RUA CORUI, 4, 00012 - (RUA-001) ANDAR - CESTRADO ABREU S. LT
VIA 15 - 550-0100
INSCRICAO: 185 - 20.011.0000.000 GRUPO 13 DEB. AUTOMATICO: 10706615

10/12/2023 10/12/2023	10/12/2023 10/12/2023	10/12/2023 10/12/2023	10/12/2023 10/12/2023	10/12/2023 10/12/2023
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

```

PCUR:
LEFT ANT: 173    TIMELEFT: 28
LEFT ATG: 289
LEFT FAT: 260

```

MINISTERIO DE COMERCIO
REPÚBLICA DE COLOMBIA

REFERENCIAL CONSUMO		PARAMÉTRICOS	NÚMERO DE ANÁLISES			
			EXIG. POR MS 2.814/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS.	
11/2015	36					
10/2016	36					
09/2016	36	TURBIDEZ	48	48	45	
08/2016	36	COR APARENTE	48	48	32	
07/2016	36	KLIMO RESIDUAL	48	48	44	
06/2016	36	COLIF. TOTAIS	48	48	47	
05/2016	36	CL. 201	48	48	48	

HCDA:	04	Qualidade de Água: sem rios e sem bo
-------	----	--------------------------------------

CINOS - PSICOLÓGICOS TOXAS AGUENIA 90% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
CINOS PARANÓIAS COPIFONOS TOXAS ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL LAD THETAFOROS DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
CINOS PARANÓIAS COM F TURBIDEZ LAD INDICAÇÕES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL - 2 UNIDADE(6)		
ATE 10 M3 - 44,00 POR UNIDADE	10 M3	44,00
12 M3 A 20 M3 - R\$ 5,20 POR M3	8 M3	41,60

Parameter	Estimate	Standard Error	95% CI
Intercept	74.38	2.95	68.48, 80.28
Age	74.38	7.68	59.02, 89.74

VENCIMENTO	28/01/2020	TOTAL A PAGAR	74,38
------------	------------	---------------	-------

[illegible]

Particular attention is given to the

[illegible]

2010年10月10日

red's Veranda



Only

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: 4020-1556 / 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.cosep.gov.br/BIBLIOTECABR/DOCUMENTAL/ASPX7TIPO=1&CODIGO=22625>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras sejam obrigadas a manter cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos dados pessoais 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*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTADORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 613/98.

Pelo depósito, eu LUCIANA DA SILVA OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 906097006-63, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROBERTA LUIZA SILVA DE SIQUEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 225.88.604-10

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima A MESMO

Inscrito (a) no CPF sob o nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

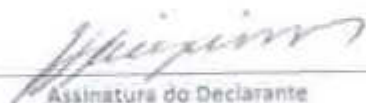
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência no 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 DO SOLTE</u>	Número: <u>312</u>	Complemento: <u>APTO 102</u>
Cidade: <u>ABREU LIMA</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53570-110</u>
E-mail: <u>SUPORTE.DPVAT@hotmai.com.br</u>		Tel (DDD): <u>81 99945.7471</u>

Local e Data: ABREU LIMA 08.01.2020


Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada de senha: 29/10/2019 13:11

Nome Paciente:	MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente:	238139
Data de Nascimento:	23/07/1957
Sexo:	Feminino
Idade:	62 anos
Senha:	0201
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 29/10/2019 13:12 - 29/10/2019 13:14

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO CB RELATO QUEDA DE MOTO DOR + EDEMA JOELHO D + ESCORIAÇÕES PERNA D NEGA VÔMITO NEGA DESMAIO

Observação: ALERG - DM - HA S-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 84,00 BPM

Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 29/10/2019 13:14



Atendimento: 501872

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 31/10/2019 00:50

Paciente: 130889 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 62 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA

Nome do Pai: ANTONIO MARAVILHA DE SIQUEIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 2346

Endereço: RUA OPALA NEGRA

271

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Voz rouca há 10 dias, com aumento progressivo
 de tosse com expectoração espessa e
 sangue (2)

Exame Físico

- Dor no tórax e dispnéia em repouso
 e esforço (2)

Hipótese Diagnóstica

Fx. Pneumotórax / Fx. DPOC / Fx. Infecção / Fx. Tumor (2)

Prescrição Médica

Antibiótico Penicilina

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido para

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 31/10/2019 00:21

Nome Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 23/07/1957
Sexo: Feminino
Idade: 62 anos
Senha: 0002
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 31/10/2019 00:38 - 31/10/2019 00:42

CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PC ENCAMINHADO UPÁ DEOLINDA COM SENHA 5504248 COM HDI FRATURA DISTAL ANTEBRAÇO E+ FRATURA 1/3 SUPERIOR PERNA DI FRATURA DE PATELA VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA APROX 48/ 52 HORAS

Observação: NEGA ALÉRGICAS MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Determinador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HA MAIS DE 6 HORAS
- SEM PERDA DA FUNÇÃO
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUÊNCIA CARDÍACA: 84.00 BPM
- GLICOSE: 134.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 35.30 °C

Acolhido(a) por: CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 31/10/2019 00:42

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - Estabelecimento Solicitante	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431563
3 - Estabelecimento Executante	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431563

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA	6 - Nº Prontuário	130889
7 - Cópia Nacional do SUS	23/07/1957	8 - Data de Nascimento	23/07/1957
9 - Sexo	☒ F ☐ M	10 - Raça/Cor	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA	12 - Telefone do Contato	8196101361
13 - Nome Responsável	SANSÃO	14 - Telefone do Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA OPALA NEGRA, 371 - FRAGOSO	16 - UF	PE
17 - IBGE	260960	18 - CEP	53060430

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - Descrição da Lesão e/ou Doença (VITÍMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EVOLUINDO COM FRATURAS DO RADIO DISTAL ESQUERDO + FRATURA DE PATELA DIREITA + FRATURA DE TIBIAL LATERAL DIREITO)

20 - Condicionantes que justifiquem a internação: TRATAMENTO CIRÚRGICO

21 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas: ANAMNESE - EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

22 - Diagnóstico Principal / Código	23 - CID-10 Principal	24 - CID-10 Secundário	25 - CID-10 Causa Associada
FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO + FX DE PATELA DIREITA + FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO	S821	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - Descrição do Procedimento Solicitado	27 - Código do Procedimento	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	2408080521	
28 - Caracter de Atendimento	29 - Documento	30 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	880016004887974
31 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	32 - Data da Solicitação	33 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA	31/10/2019	74910

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - Tipo de Acidente	35 - CNPJ Seguradora	36 - Nº do Seguro	37 - Série
38 - Tipo de Acidente	39 - CNPJ Empresa	40 - CNPJ Empresa	41 - CBOE
42 - Vínculo com a Previdência	43 - Tipo de Vínculo	44 - Tipo de Vínculo	45 - Tipo de Vínculo
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
CNS	CPF
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
	261910222847

Código do Laudo: 801872

Ficha de Cirurgia Descritiva

Arquivo de Cirurgia: 50807
Paciente: 130880
Convênio: Atend: 1
Leito: 94
Dt. Início: 15/11/2019 08:20
Dt. Fim: 15/11/2019 10:40
Cirurgião: 5621
Cirurgião Assistente: 5621
Sala: 0001 SALA 01
MARCIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
SUS - INTERNAÇÃO
ORTO-507-LEITO 002
Alimentação: 502032
Canal: 52 Anos
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050551
Convênio: 001
Anestesia: 05
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
SUS - INTERNAÇÃO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

17186 ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA
5083 GRACA MARIZA COUJO RIBEIRO PESSOA
CIRURGIÃO
ANESTESISTA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO TIPO II DE SCHATZKER + FRATURA DE PATELA
INTERVENÇÃO: OSTEOSINTESE DO PLANALTO TIBIAL DIREITO COM PLACA EM L + SUTURA KRACOV EM PATELA DIREITA
OPERADOR: DR ITALO GALIZA
1º AUXILIAR: DR FELIPE GUEDES
2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: DRA GRACA COUJO
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + GARROTE POR ESVAZIAMENTO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO PELA VIA PARAPATELAR LATERAL, DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTERIO
5. REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA, REDUÇÃO CRUENTA
6. COLOCADOS 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
7. APLICADA PLACA EM L COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS ROSCA PARCIAL PROXIMAIS E 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS
8. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. LAVAGEM COM SF 0.9% 3.000ML
10. REALIZADA INCISÃO INTERIOR DE 5 CM EM TOPOGRAFIA DE PATELA
11. DIVULSÃO POR PLANOS OBSERVADO FOCO DE FRATURA COM ÁREA DE FIBROSE
12. REALIZADO SUTURA KRACOW EM PATELA
13. OBSERVADO BOA REDUÇÃO SOB INTENSIFICADOR DE IMAGENS
14. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 3-0
15. CURATIVO
16. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS RETIRADA DO GARROTE
17. APOSIÇÃO DE TALA INGUINO MALEOLAR

DEB. PERMANECER COM TALA INGUINOMALEOLAR DIREITA, COM JOELHO EM EXTENSÃO ATÉ RETORNO AMBULATORIAL

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETAN - PE 014802940447
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 136614505 2019

MARLA TACIA ROSA DA SILVA

225.193.604-10

2019

13661450500 2019

2019

2019

2019

2019

80 11 SEGURO OBRIGATORIO

SEM DESPESAS DE PONTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

01/09/19

01/09/19

01/09/19

01/09/19

01/09/19

01/09/19

01/09/19

01/09/19

01/09/19

014802940447

RECIBO PE Nº

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

RECIBO

PE Nº 014802940447 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARLA TACIA ROSA DA SILVA 53060-450

RUA CAVALO NEGRO 371

CASA SINDICO OLIVEIRA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 032 1304

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

2019 03/03/19

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

SEGURO LIDER - DPVAT

1166168593

1166168593

1166168593

1166168593

1166168593

1166168593

1166168593

1166168593

1166168593

1166168593

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038424 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO (SCHATZKER II).
FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO E DO JOELHO COM PLACA E PARAFUSOS.
P5 / P8 / P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO E DE JOELHO DIREITO .

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 DE PUNHO ESQUERDO E DE
JOELHO DIREITO .

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038424 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO (SCHATZKER II).
FRATURA DA PATELA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO E DO JOELHO COM PLACA E PARAFUSOS.
P5 / P8 / P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO E DE JOELHO 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 DE PUNHO ESQUERDO E DE
JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: VIUVA

IDENTIDADE: 1961944 CPF: 225.193.604-10

ENDEREÇO: RUA OPALIA NEVES, 271 - JD. ATLANTICO - OLINDA - PE

OUTORGADO:

NOME: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADO

IDENTIDADE: 10.151.898-50/PE CPF: 406.013.406-63

ENDEREÇO: RUA BOA SORTE, 812, APT° 101, BAIRRO: DESTERRO

CIDADE: ABREU E LIMA/PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo um bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório DPVAT.



Abreu e Lima, 02 de JANUÁRIO de 2020

Maria Lucia Souza de Siqueira

Assinatura do Outorgante

Por autenticidade



Seio Digital: 6550807.09012205904.02519
Joelma Fátima Cardeal - Secretária



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032448/20

Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

CPF: 225.193.604-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA : 406.013.406-63

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

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA : 225.193.604-10

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: 23/01/2020
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 406.013.406-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Steffany Carolyn Lins Veloso