



Número: **0021734-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67398070	02/09/2020 16:05	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, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

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 14589360





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, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo 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

Pag. 00169/00170 - carta_03 - INVALIDEZ

00060085



Carta nº 14589365





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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

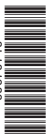
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01479(01480 - carta_09 - INVALIDEZ

00070740



Carta nº 14963478





2 - NF do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	163.183.874-12	MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA

5 - Nome completo:		6 - CPF:	
MARIA LILIA OLIVEIRA LIMA		163.183.874-12	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECINE	RUA JULIA JOSE DE LIMA	108	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO	SANTA MARIA DO CAMBUCAI	PE	55765-000
15 - e-mail:			15 - Tel.(DDD):
			(81) 9665-045

17 - Nome completo do Representante Legal: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

18 - CPF do Representante Legal: 764.982.124-20

19 - Profissão do Representante Legal: REC. INF.

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA ECNIA: _____

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM APLICA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ **CONTA POUANÇA** (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: BRANDESCO

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 23528 3

Autorizo a Seguradora a dar a crédito na conta bancária Informosa, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do 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 este impressor não pode ser apresentado a qualquer outro médico legal (TME) para as fins de requerimento de indenização de Seguradora por invalidez permanente, uma vez que assinou uma das cópias.

☒ 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou acompanhador(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:	30 - Vítima casou neste/estes anos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos:	33 - Vítima casou nas/estas datas?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
--------------------------	---	---	-------------------------------------	---	--------------------------	---	---	------------------------------------	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, não devido, a indenização de Seguro DPVAT por morte a quem os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando vivo, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da respectiva indenização por fraude prevista no artigo 296 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1^a | Nome:

CFE

Assinatura da testemunha

39

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, SANTA MARIA DO CAMBUCA, PE 04/10/2019

x Marema Flor de 41 Maria Macielino de Lima
Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Proclamador (se houver)

002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
163.183.874-12 MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA

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

5 - Nome completo: MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA 6 - CPF: 163.183.874-12
7 - Profissão: RECINE 8 - Endereço: RUA JULIA JOSE DE LIMA 9 - Número: 118 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: (81) 9665-0454

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: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
18 - CPF do Representante Legal: 764.982.124-20 19 - Profissão do Representante Legal: REC. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (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: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 24628 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/combustão 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 não é possível obter ou apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para efeitos de requerimento de indenização por invalidez permanente do Seguro DPVAT, por qualquer motivo, ou a vez que (assinale 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.

Pe a morte assinada, solicito o prosseguimento do análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, custando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casada (ou Civil) ☐ Divorçada ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do nascimento 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 esposo(a) ou companheiro(a)? ☐ 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 LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e previrem 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.

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: SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 04/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):
* MORENO FLORA DE OLIVEIRA * MARIA LÍVIA OLIVEIRA DE LIMA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Proclamante (se houver)

002/2019

534106
0234474/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ -
DP133ªCIRC DINTER1/16ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000269Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/05/2019** às **21:04****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **17/2/2019** às **14:30**

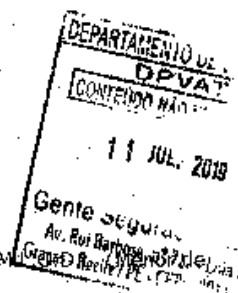
Fato ocorrido no endereço: **PX A FAZENDA DE JOÃO DAVID - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, 1, ESTRADA DO SÍTIO BAIXIO - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA (NOTICIANTE)
LUCIENE MARIA DE SOUZA (OUTRO)
M.L.O.D.L. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): M.L.O.D.L. (Menor de Idade)



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

M.L.O.D.L. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA** Pai: **LEONARDO SILVA DE LIMA** Data de Nascimento: **22/4/2002** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **11010412/SDS/PE (RG), 16318387412 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **FLORA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **PATRICIO AMARO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **28/10/1966** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2458354/SDS/PE (RG), 76498212420 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO**
Endereço Residencial: **RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: . Pai: . Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

LUCIENE MARIA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: . Pai: . Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIENE MARIA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/RIZ 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEH0883** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **308306447** Chassi: **9C2JC4820BR018738**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

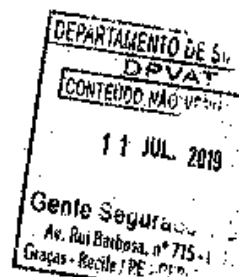
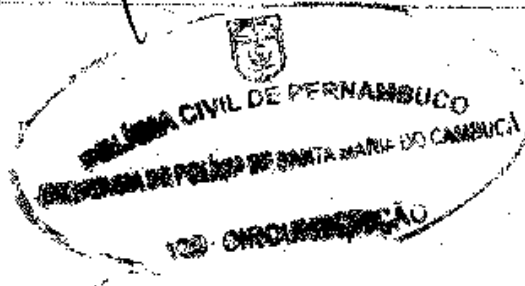
INFORMA A NOTICIANTE QUE SUA FILHA MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA NO DIA 17/02/2019, POR VOLTA DAS 14:30 HORAS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PEH 0883, PELA ESTRADA DO SÍTIO BAIXO, TRAFEGANDO NO SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE AO REFERIDO SÍTIO, E AO TRAFEGAR NAS PROXIMIDADES DA FAZENDA DO DR. JOÃO DAVID, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, SOFRENDO LESÕES GRAVE EM SEU COTOVELO ESQUERDO. LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NA POLICLÍNICA DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.

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

Marinez F. Flor de Oliveira

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MAXAEL OLIVEIRA DOS SANTOS** - Matrícula: **3548442**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
163.183.874-12 MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA

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

5 - Nome completo: MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA 6 - CPF: 163.183.874-12
7 - Profissão: RECINE 8 - Endereço: RUA JULIA JOSE DE LIMA 9 - Número: 118 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55765-000
15 - e-mail: 16 - Telefone: (81) 9665-0454

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: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
18 - CPF do Representante Legal: 764.982.124-20 19 - Profissão do Representante Legal: REC. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SFM (LÍQUIDA) ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (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: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 24628 3
(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/combustão 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 não é possível obter ou apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para efeitos de requerimento de indenização por invalidez permanente do Seguro DPVAT, por qualquer motivo, ou que não há opção de atendimento.

☒ 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.

Pe a morte assinada, solicito o prosseguimento do análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, custando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casada (no Civil) ☐ Divorçada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do acidente 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 esposo(a) ou companheiro(a)? ☐ 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 ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e previrem 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 - Nome legível de quem assina a roça/a pedido: 35 - Nome legível de quem assina a roça/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a roça/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a roça/a pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 04/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Proclamante (se houver):

002/2019



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

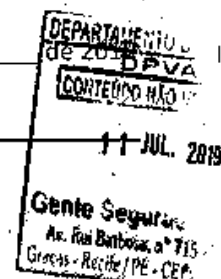
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente MARIA LÍVIA OLIVEIRA DE LIMA
vítima de acidente de carro, portador(a) do
CPF: 463.183.874-12 RG: _____
residente: RUA JULIA JOSÉ DE LIMA Nº 188
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 17/02/19, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 18 de JUNHO


HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO
DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS



BRADERCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

BANCO: 237

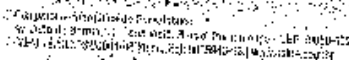
AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022683-1

Nr. Autenticação

BRADERCO270920190500000000002370083500000002268384375 PAGO




$$M^{-1} \in L^2(\mathbb{R}^d; \mathbb{R}^{d \times d}) \cap C^0(\mathbb{R}^d; \mathbb{R}^{d \times d}), \quad \forall \epsilon \in \mathbb{R}^d.$$

Received 11 October 1998; accepted 11 November 1998

CPF: 750.082.154-20 (M3: 1537557483)

CEMPROSA - TAMAR DO CAMBUCÁ
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
55350-000

E. RICHARDSON
 BARRY H. HARTMAN

СРЕДНА ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

403201733E - 5720197

04957 JEN CHINA ZOUJING
Zou Jing's signature

04/02/2019 2503-2019

2021-2019: 3001851730 3471004

68277-68283. *Phytolacca* 47.

[illegible]

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT
10/10/2024	RECEIVED FROM	100.00
10/15/2024	PAYROLL	50.00
10/20/2024	SALES TAX	25.00
10/25/2024	RECEIVED FROM	75.00
10/30/2024	RECEIVED FROM	125.00
11/05/2024	PAYROLL	50.00
11/10/2024	RECEIVED FROM	100.00
11/15/2024	PAYROLL	50.00
11/20/2024	SALES TAX	25.00
11/25/2024	RECEIVED FROM	75.00
11/30/2024	RECEIVED FROM	125.00
12/05/2024	PAYROLL	50.00
12/10/2024	RECEIVED FROM	100.00
12/15/2024	PAYROLL	50.00
12/20/2024	SALES TAX	25.00
12/25/2024	RECEIVED FROM	75.00
12/30/2024	RECEIVED FROM	125.00
TOTAL		2000.00

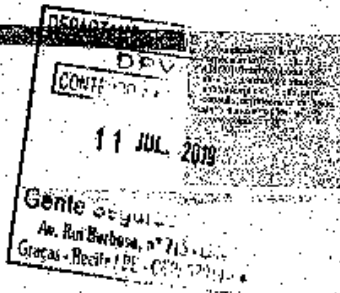
TO: Mr. [REDACTED]

Nº DO ABANDON	TÍTULO PESSOAL	ATENÇÃO	DATA LECTURA	DIA DA LECTURA	HORA DA LECTURA	VALOR	CODIGO DE BARRAS	ABANDONADO	RECEBIDO POR
000000	C-		20/09/2018	09:00	20/09/2018	09:00	31	100000	110.57

TIME		DATE		TIME		DATE	
15:00	118	15:00	118	15:00	118	15:00	118
15:10	122	15:10	122	15:10	122	15:10	122
15:20	126	15:20	126	15:20	126	15:20	126
15:30	130	15:30	130	15:30	130	15:30	130
15:40	134	15:40	134	15:40	134	15:40	134
15:50	138	15:50	138	15:50	138	15:50	138
16:00	142	16:00	142	16:00	142	16:00	142
16:10	146	16:10	146	16:10	146	16:10	146
16:20	150	16:20	150	16:20	150	16:20	150
16:30	154	16:30	154	16:30	154	16:30	154
16:40	158	16:40	158	16:40	158	16:40	158
16:50	162	16:50	162	16:50	162	16:50	162
17:00	166	17:00	166	17:00	166	17:00	166
17:10	170	17:10	170	17:10	170	17:10	170
17:20	174	17:20	174	17:20	174	17:20	174
17:30	178	17:30	178	17:30	178	17:30	178
17:40	182	17:40	182	17:40	182	17:40	182
17:50	186	17:50	186	17:50	186	17:50	186
18:00	190	18:00	190	18:00	190	18:00	190
18:10	194	18:10	194	18:10	194	18:10	194
18:20	198	18:20	198	18:20	198	18:20	198
18:30	202	18:30	202	18:30	202	18:30	202
18:40	206	18:40	206	18:40	206	18:40	206
18:50	210	18:50	210	18:50	210	18:50	210
19:00	214	19:00	214	19:00	214	19:00	214
19:10	218	19:10	218	19:10	218	19:10	218
19:20	222	19:20	222	19:20	222	19:20	222
19:30	226	19:30	226	19:30	226	19:30	226
19:40	230	19:40	230	19:40	230	19:40	230
19:50	234	19:50	234	19:50	234	19:50	234
20:00	238	20:00	238	20:00	238	20:00	238
20:10	242	20:10	242	20:10	242	20:10	242
20:20	246	20:20	246	20:20	246	20:20	246
20:30	250	20:30	250	20:30	250	20:30	250
20:40	254	20:40	254	20:40	254	20:40	254
20:50	258	20:50	258	20:50	258	20:50	258
21:00	262	21:00	262	21:00	262	21:00	262
21:10	266	21:10	266	21:10	266	21:10	266
21:20	270	21:20	270	21:20	270	21:20	270
21:30	274	21:30	274	21:30	274	21:30	274
21:40	278	21:40	278	21:40	278	21:40	278
21:50	282	21:50	282	21:50	282	21:50	282
22:00	286	22:00	286	22:00	286	22:00	286
22:10	290	22:10	290	22:10	290	22:10	290
22:20	294	22:20	294	22:20	294	22:20	294

2015-12-31 00:00:00 & 10:00:00 2015-12-31 00:00:00

Page 1 of 1



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 SUSEP¹ 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574940534 168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA LUIZA OLIVEIRA LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 163123874 12 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA LUIZA OLIVEIRA LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 163123874 12 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
RUA CIDAO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750000
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
apaguardia@quando.com.br		(81) 96650454	(81) 81335022

SURUBIM-PE, 04 de JULHO de 2019

Local e Data


Assinatura do Declarante



SANTA MARIA DO CAMBUCÁ (PE), 01 de AGOSTO 2019.

0245783/19

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190438020

Prezado Senhor,

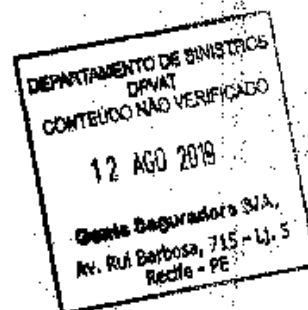
Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 17/02/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA BIZ 125 ES de placa PEI 0883, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Maria Livia Oliveira Lima
MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA
VITIMA/BENEFICIARIO

Marinez Flora de Oliveira
MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
GENITORA/REPRESENTANTE LEGAL





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com a povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 17/02/2018 Hora: 14:47 Registro:
Nome: Maria Lina Oliveira de Jesus
Endereço: Sítio Manoel Ferreira Referência:
Bairro: Zona Rural Cidade: St. M. Cambucá
Idade: 16 anos Sexo: F Cor: PO Profissão:
Responsável:
Endereço do Responsável: Fone:

VEÍCULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:

quedas de moto e lesões de estômago e

AD. Mado

Exame Físico:

PA:

FC:

Pulso:

Temperatura:

HGT:

Gente Segura

Av. Rui Barbosa, nº 775 - Lm.

Hipótese Diagnóstica:

URSA? pro keto fechado?

Procedimentos:

Cód.:

HIA OMO FOLIO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/09/2020 16:05:11

10/05/2010

NOSSO Edital Sumarizado

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE: _____	
NOME DO RESPONSÁVEL: _____	
ENDEREÇO: _____	
Cidade: _____ Estado: _____	
CEP: _____	
Data de nascimento: _____	
Sexo: _____	
Profissão: _____	
Motivo da consulta: _____	
Exames realizados: _____	
Observações: _____	
Assinatura do médico: _____	
Assinatura do responsável: _____	

EXAME SECUNDÁRIO
OPVA

11 JUL 2019

Gente Segura
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Curitiba - Paraná / PR - CEP: 81251-100


Imposto de Renda 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

202

11 JUL 2019



Data da internação: 17/02/2019 Hora: 19:47:06

 Sistema Nacional de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
5 - NOME DO PACIENTE MARIA LÍVIA OLIVEIRA DE LIMA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1835619	
7 - CARTÃO DO SUS 898002789646858	8 - DATA DE NASCIMENTO 22/04/2002	9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA		11 - TELEFONE DO RESIDENTE 83 981757274	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) POUSADA SAMAMBAIA, 15, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Santa Cecília		14 - CEP 251315	15 - UF PB
		16 - CEP 58463000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doença dependente em colono desde após queda da primeira coluna.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Artrite + lesão física + R</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Em anexo</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Pat. ex. colônica</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação Hospitalar</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO DEPARTAMENTO	
26 - CLÍNICA 02	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CVS () CPF 980016296677001	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 17/02/2019
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE LUIZ JUVENCIO MEDEIROS		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/02/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Assinatura e Carimbo</i>		33 - DATA DO REGISTRO DO CONSELHO 17/02/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	37 - Nº DO ACIDENTE 02
38 - CNPJ DA SEGURADORA		39 - CNPJ EMPRESA	
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APRESENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO		41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
AUTORIZAÇÃO			
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - COB. ORGÃO EMISSOR	
44 - DOCUMENTO (X) CVS () CPF 11	45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



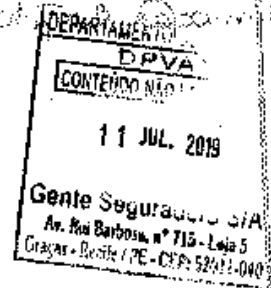
Depoimento do Sr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
em 11 de Julho de 2019

Depoimento do Sr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Depoimento do Sr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Depoimento do Sr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Depoimento do Sr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior





GOVERNO
DA PARAÍBA

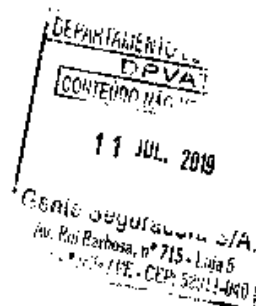
SEGUIE
o trabalho

PACIENTE: MARIA LÍVIA O. DE LIMA
DATA DO EXAME: 17.02.2019
RADIOGRAFIA DE COTOVELO

- Sinais de luxação do cotovelo. Fragmento ósseo destacado da porção proximal do rádio.
- Aumento das partes moles locais por edema.
- Relações articulares conservadas.

12

Ramona de Miranda Araújo
Dr. Ramona de Miranda Araújo
Médico Radiologista - Membro Titular do C.B.R.
PARAÍBA 2020





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Nome: *Lucas*

DATA: 11 JUL 2019

Gente Sargento S.A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Gracás - Recife / PE - CEP: 52011-040

Receituário

Coli cardiolina

[Handwritten signature]

MOD. 087

Data

Médico



Nome do Paciente <i>Flavio de Almeida</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>14/07/2019</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Jairo Pinto</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação <i>Exatose da cartilagem</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Redução bem sucedida</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Deo</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1. Incisão 4x4 cm</i>
<i>2. Identificação do nódulo cartilagem e</i>
<i>3. Redução bem sucedida</i>
<i>4. Fechamento da ferida com sutura</i>
<i>5. Wound Care</i>
<i>6. Wound Care</i>
<i>7. Wound Care</i>
<i>8. Wound Care</i>
<i>9. Wound Care</i>
<i>10. Wound Care</i>

1866-04/1111
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



0-20000



17/02/2019

SPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.846.190/0001-55

Data: 17/02/2019

Hora: 19:58:28

Médico(a) / Diagnóstico: Euler Fabricio Alves Cruz

GOVERNO
DE PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1835619 Paciente: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA Idade: 016 Sexo: F
 Nome da Mãe: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 22/04/2002 Admissão: 17/02/2019

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO;
 TRIADE DE RIVEL?

Dia: 17/02/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Apresentação
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	18h - 6h
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
3	PAROXETINA 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRASCO, 12h/12h Reconstituir 2ML ABQ.	18h - 6h
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Deitar em 100 ML SF	18h - 6h
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	DIETA LIVRE	
8	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/02/2019 HORA: 19:53:26

PACIENTE DÁ ENTRADA COM QUEIXA DE DOR EM COTOVELO DIREITO. AO EXAME: DOR A PALPAÇÃO.
 PRESENÇA DE DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.
 NOTANDO REDUÇÃO EM SALA DE GESSO, PORÉM, A LUXAÇÃO É INSTÁVEL. ENCAMINHADA PARA BLOCO
 CIRÚRGICO.

ASSINATURA + CARIMBO
 Euler Fabricio Alves Cruz

De Euler Fabricio A. Cruz
 - MÉDICO - PEDIATRIA
 - CRM: 12.148

COR

11 JUL 2019

Gente Seguros

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lda
 Graças - Recife/PE - CEP: 52011-1

17.02.19 20:00

A ATN está no prontuário

Fabiana Barbosa Santos
 ENFERMEIRA
 COREN-PB 381.919

A paciente chegou a observação Pediatria às 20:00h





Nome: Adriana Lúcia Oliveira de Lencastre
End: R. F. Pombal, S. Maria da M. do S. B. Bairro: F. Pombal
Data de Nascimento: 22.04.2002 Documento de Identificação: Santa Cecília P. B.
Queixa: Acidente Data do Atend.: 13.02.19 Hora: 18:31 Documento:
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gementos
 Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
 Pressão arterial: Temperatura axilar:
 Dosagem de HGT: Mucosas: () Normocorada () Pálida
 Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

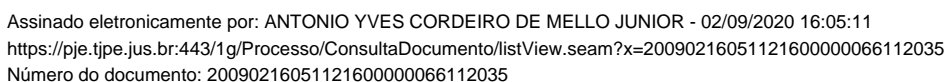
Arana Moura de Souza
PILSNER

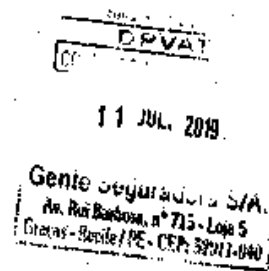
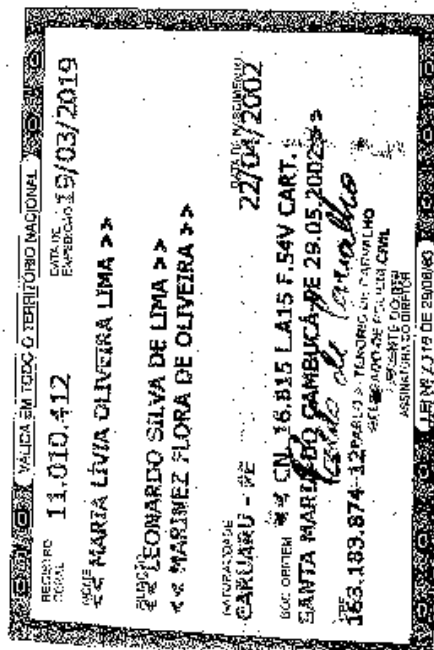
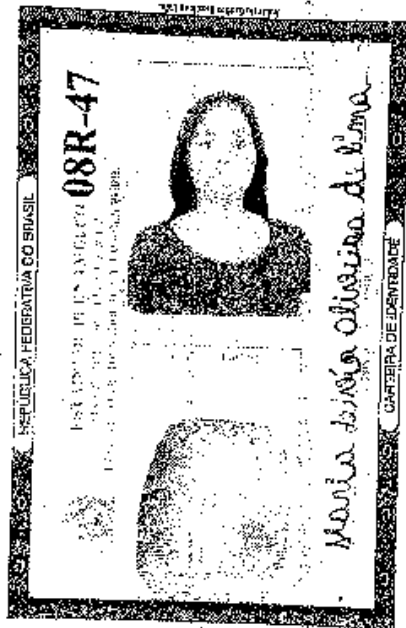
ANALYST: F.P. 22, 198

Assinatura e carimbo do profissional

11 JUL 2019

Gente *de gente*
Dr. Rui Barbosa, nº 7
Grupos de Gente / GTE, etc.







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

163.183.874-12 MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - e-mail: 16 - Telefone:

MARIA LÍVIA OLIVEIRA LIMA 163.183.874-12 RECINE RUA JULIA JOSE DE LIMA 118 CASA CENTRO SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 55765-000 (81) 9665-0454

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

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

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA 764.982.124-20 REC. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA

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

☐ CONTA POUANÇA (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: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 24628 3

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/combustão 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 não é possível obter ou apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para efeitos de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente ou a vez que (assinale 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.

Pe a morte assinada, solicito o prosseguimento do análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, usando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente em 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casada (no Civil) ☐ Divorçada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 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 esposo(a) ou companheiro(a)? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e previrem 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - CPF 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: SANTA MARIA DO CAMBUCAI PE 04/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Proclamante (se houver)

002/2019

Resultado do Relatório de Movimento de Veículos



Data: 22/05/2019
Hora: 20:46:44

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
Delegacia de Polícia de Repressão ao Roubo e Furto de Veículos
Informações do veículo da placa: PEH0683

[Gerar relatório em PDF](#)

Nome proprietário: LUCIENE MARIA DE SOUZA
CPF do proprietário:
UF: PE Tipo: MOTONETA
Espécie: PAS
Combustível: ALCO/GASOL Marca / Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Marca: HONDA
Cor: VERMELHA Ano Fabricação: 2011
Município: S C CAPIBARIBE
Logradouro: RUA CAPITAO PEDROSA
Número: 191 Bairro: SAO CRISTOVAO
Cep: 55194-100

Complementos:
Chassi: 9C2JC4820BR018736 Restrição:

Renovar: 306306441

Financiamento: R\$ 100,24

IPVA: R\$ 281,25

Seguro: R\$ 84,58

Combustível: R\$ 28,28

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 18,04

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

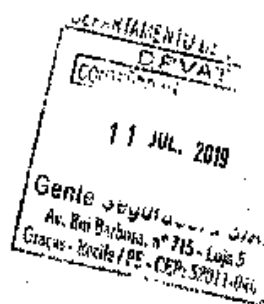
IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 512,37

Situação: NORMAL

B.O.	Ano B.O.	Placa	UF. Placa	Chassi	Tipo Movimento	
8951	2016	PEH0683	PE	9C2JC4820BR018736	DEVOLUCAO	visualizar
8951	2016	PEH0683	PE	9C2JC4820BR018736	DECLARACAO	visualizar
8951	2016	PEH0683	PE	9C2JC4820BR018736	RECUPERACAO	visualizar

[Nova Pesquisa](#)



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA MARLENE LIMA OLIVEIRA LIMA
 DATA DO ACIDENTE 27/02/13 CPF DA VITIMA 16318937412
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE ALEMANO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANÍTIPO COM
 A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAO BATISTA
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CEBRELO
 CIDADE SILVANIA UF RS CEP 91500-000
 E-MAIL eduardojosedealemano@gmail.com TELEFONE (51) 96550454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA)
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL;
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 ASS. REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE - R\$ 15.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REMBOLO SO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 3204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 IDENTIDADE EDUARDO JOSE DE ALEMANO NOME _____
 ASSINATURA EDUARDO JOSE DE ALEMANO ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438020 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO INCRUENTA EM CENTRO CIRÚRGICO (P14).
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO 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 cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438020 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO INCRUENTA EM CENTRO CIRÚRGICO (P14).
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190438020** 3 - CPF da vítima: **183.183.874-12** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

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

5 - Nome completo: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA** 6 - CPF: **183.183.874-12**
7 - Profissão: **REC. INF.** 8 - Endereço: **RUA JULIA JOSE DE LIMA** 9 - Número: **118** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ PE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55765-000**
15 - E-mail: **(81) 9665-0454**

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: **MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA** 18 - CPF do Representante Legal: **764.982.324-20** 19 - Profissão do Representante Legal: **REC. INF.**

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: **BRADESCO**
AGÊNCIA: **0835** CONTA: **22683**

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, a partir de hoje, que não há necessidade de laudo do IML para a cobertura de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, conforme Lei nº 19.742/74, art. 3º, § 1º, e (assinale 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.

Ado, motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise em 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 do acidente de trânsito, conforme Lei nº 19.742/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, nem discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima: **19/09/2019**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Outros

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: **MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA**

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: **764.982.324-20**

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: **MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA**

37 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

38 - Assinatura do Procurador (se houver): **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

39 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

40 - CPF: **183.183.874-12**

41 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

42 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

43 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

44 - CPF: **183.183.874-12**

45 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

46 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

47 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

48 - CPF: **183.183.874-12**

49 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

50 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

51 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

52 - CPF: **183.183.874-12**

53 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

54 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

55 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

56 - CPF: **183.183.874-12**

57 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

58 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

59 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

60 - CPF: **183.183.874-12**

61 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

62 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

63 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

64 - CPF: **183.183.874-12**

65 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

66 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

67 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

68 - CPF: **183.183.874-12**

69 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

70 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

71 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

72 - CPF: **183.183.874-12**

73 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

74 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

75 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

76 - CPF: **183.183.874-12**

77 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

78 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

79 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

80 - CPF: **183.183.874-12**

81 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

82 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

83 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

84 - CPF: **183.183.874-12**

85 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

86 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

87 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

88 - CPF: **183.183.874-12**

89 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

90 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

91 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

92 - CPF: **183.183.874-12**

93 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

94 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

95 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

96 - CPF: **183.183.874-12**

97 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

98 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

99 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

100 - CPF: **183.183.874-12**

101 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

102 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

103 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

104 - CPF: **183.183.874-12**

105 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

106 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

107 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

108 - CPF: **183.183.874-12**

109 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

110 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

111 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

112 - CPF: **183.183.874-12**

113 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

114 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

115 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

116 - CPF: **183.183.874-12**

117 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

118 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

119 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

120 - CPF: **183.183.874-12**

121 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

122 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

123 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

124 - CPF: **183.183.874-12**

125 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

126 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

127 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

128 - CPF: **183.183.874-12**

129 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

130 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

131 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

132 - CPF: **183.183.874-12**

133 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

134 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

135 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

136 - CPF: **183.183.874-12**

137 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

138 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

139 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

140 - CPF: **183.183.874-12**

141 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

142 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

143 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

144 - CPF: **183.183.874-12**

145 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

146 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

147 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

148 - CPF: **183.183.874-12**

149 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

150 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

151 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

152 - CPF: **183.183.874-12**

153 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

154 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

155 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

156 - CPF: **183.183.874-12**

157 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

158 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

159 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

160 - CPF: **183.183.874-12**

161 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

162 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

163 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

164 - CPF: **183.183.874-12**

165 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

166 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

167 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

168 - CPF: **183.183.874-12**

169 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

170 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

171 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

172 - CPF: **183.183.874-12**

173 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

174 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

175 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

176 - CPF: **183.183.874-12**

177 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

178 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

179 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

180 - CPF: **183.183.874-12**

181 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

182 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

183 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

184 - CPF: **183.183.874-12**

185 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

186 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

187 - Nome: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

188 - CPF: **183.183.874-12**

189 - Assinatura da testemunha: **MARIA LIVIA OLIVEIRA LIMA**

Recomendamos a impressão desse Comprovante.
Para tanto, utilize a opção de impressão de seu browser.



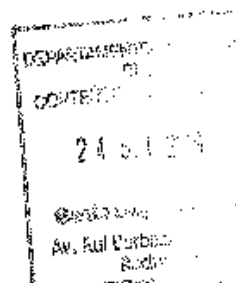
Bradesco

Comprovante de Transferência

Data: 19/09/2019 Hora: 08:15:00
Debitado da Conta-Corrente de EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERN
Agência e conta do débito: 835 Conta-Corrente: 13711-1
Agência e conta do crédito: 835 Conta-Corrente: 22683-1
Favorecido: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LJMA
Valor: 2,00 Nº de Documento: 835271
Data do débito: 19/09/2019

AUTENTICAÇÃO

IMLijJmW FUERfnpL INTyayQ *fSb8Gpi nAwBHVkQ BhcbGa7s @uektwUé /6JeaA2:W
xLBb7a*D QGrakRMe RbCksp*U 4vc18cRj nVLEpfku PVUrQ7ud C29pOX5T tHWa@n23
s@6h1QY9 WBoRkXB7 z9*6ekwU G1QD9VYb JTCQZd4E pXYJ*@7S 5X:10533 80209995



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE:	2.458.354 SDS/PE CPF: 764.982.124-20
DATA DO ACIDENTE:	18/02/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA
ENDEREÇO:	RUA JULIO JOSE DE LIMA, 118, CENTRO, SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE:	3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO:	RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS, CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE 18 DE MARÇO DE 2019

Marinez Flora de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15	
Título: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS	
Telefone: (81) 37531-201	
Reconheço por autenticidade a firma de MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA. Des. fe. Emol. R\$ 3,59. TSNR R\$ 0,80. FERM R\$ 0,04. FUNSEC R\$ 0,08. FERC R\$ 0,40. ISS R\$ 0,00. Total R\$ 4,91. Em testemunho, ADEILSON GONZAGA SOARES, Substituto.	
Selo: 0189509.DJJC4201904.00164 03/05/2019 10:36:07	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245783/19

Número do Sinistro: 3190438020

Vítima: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

CPF: 163.183.874-12

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA LIVIA OLIVEIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2019
Nome: MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA
CPF: 764.982.124-20

MARINEZ FLORA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2019
Nome: ALESSANDRO SOARES DA SILVA
CPF: 073.922.587-10

ALESSANDRO SOARES DA SILVA

