



Número: **0032745-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69132 702	06/10/2020 16:21	ANEXO 3	Outros (Documento)

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: 07/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000066907-8

Nr. da Autenticação C1A75FDA6D82AB45



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:21:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616211505100000067795942>

Número do documento: 20100616211505100000067795942

Num. 69132702 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229373 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE EM GRAU RESIDUAL.

Documentos complementares:

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 01 // DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EM SINISTRO ANTERIOR N° 3200002262 // DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. PEDRO MARQUES, CRM 8594 PE, EM 22/05/2020, ACOSTADO NA PÁGINA 01.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00





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, 12 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200229373 Vítima: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

Data do Acidente: 22/09/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000066907-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:21:15
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616211505100000067795942>
Número do documento: 20100616211505100000067795942

Núm. 69132702 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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 - Tel.(DDD):	17 - Celular:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 21920 CONTA: 66904

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 JAN 2021

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Recife 21/11/20*

José Nilton da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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 - Tel.(DDD):	17 - Celular:

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 21920	CONTA: 66904	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input 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 deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	--

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data:

Assinatura 21/11/20
José Nilton da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF: _____

03 JAN 2021

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

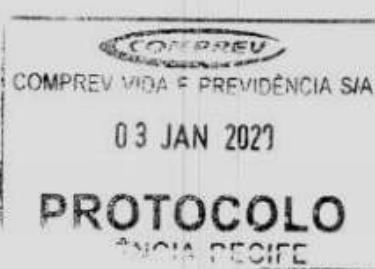
PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100ªCIRC DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0190000569

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019 às 12:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiposo (Consumado) que aconteceu no dia **22/9/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SUELY VITAL DE ARAUJO, 01** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O MESMO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO**

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

JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SANTINA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NESTOR JOSÉ FÉLIX** Data de Nascimento: **6/4/1976** Naturalidade: **CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4799740/SSP/PE (RG) 76311155400 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 081996634205**

Endereço Residencial: **RUA LUIZ VIRGINIO DOS SANTOS, 46 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A PISCINA DE ERIVAN**

O MESMO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SANTINA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NESTOR JOSÉ FÉLIX** Data de Nascimento: **6/4/1976** Naturalidade: **CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4799740/SSP/PE (RG) 76311155400 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Endereço Residencial: **RUA LUIZ VIRGINIO DOS SANTOS, 46 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCU3758** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Renavam: **118433027** Chassi: **9C2KC2500KR025263**
 Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

24/10/2019 12:14



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P. O SENHOR JOSÉ NESTOR INFORMANDO QUE NA NOITE DO DIA 22/09/2019 O MESMO CAIU, APÓS A SUA MOTOCICLETA DERRAPAR NA RUA SUELI VITAL DE ARAÚJO, E QUE APESAR DE TER SE MACHUCADO NÃO PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA, POREM APÓS VOMITAR POR ALGUMAS VEZES DURANTE A MADRUGADA A VÍTIMA FOI ATÉ O HOSPITAL LOCAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS PELO MÉDICO DR. CICERO ROBERTO, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM MÉDICO APRESENTADO PELA VÍTIMA E ANEXADO AO B.O. A VÍTIMA INFORMA TAMBÉM QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HRA COM SUSPEITA DE TRAUMATISMO CRANIANO.

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

**JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO
(VITIMA)**

**O MESMO
(AUTOR \ AGENTE)**

B.O. registrado por: **VILMARIO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3871770**



24/10/2019 12:14



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:21:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616211505100000067795942>
Número do documento: 20100616211505100000067795942

Num. 69132702 - Pág. 7



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 117.064

DATA 23/09/19

HORÁRIO: 11 H 30 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

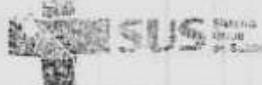
Unidade de origem:	Profissional ACS: <i>Elane</i>		
Nome do paciente:			
Genitora:			
Data nasc:	06/09/76	Idade: 43 Anos	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. Cor:
Endereço:	R. Luiz Viana	nº: 46	
Bairro:	Campo	Ponto de referência:	
Profissão:	Agricultor	<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro	
Nome do acompanhante:			

LOCAL DE OCORRÊNCIA:			
TIPO DE OCORRÊNCIA:	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> SUICÍDIO	<input type="checkbox"/> OUTROS
PACIENTE CHEGOU:	<input type="checkbox"/> ANDANDO MAX. 150 MIN.	<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA 100	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL PESO: TEMP:
QUEIXA PRINCIPAL:	<i>Anude de resto, trauma ao abdômen</i>		
EXAME FÍSICO:	<i>Nas diafragma Sopro e episódio de constrição na escala 2</i>		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	CID:		
EXAMES SOLICITADOS:	TCE 1705		
TRATAMENTO PROPOSTO:	<i>O captopril 25 mg 2 qd VO.</i>		
COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 03 JAN 2020		<i>Rafaela Vieira Conceição Enfermeira CRF-RN: 350.877</i>	
PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE			
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO			

DESTINO DO PACIENTE:	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA <input checked="" type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA	<input type="checkbox"/> ÓBITO: _____ H _____ MIN <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> INTERNAMENTO
----------------------	---	---

ALTA HOSPITALAR	
DATA	HORA:
<i>J. Cícero Roberto S. Leite Médico</i>	
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO	
CREMEPE 11742	
COD. 147	





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jari Mistor do Nuc Inuad

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1694428

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Té de uano

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/09/19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE



COMPREV - COMISSÃO FEDERATIVA SIA

26 - ASSINATURA E CARIMBO / Nº DO REGISTRO E CONSELHO



Dr. Auricelio Batista

Neurocirurgião

CRM: 2229

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

PROTOCOLO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO / Nº DO REGISTRO E CONSELHO

Cod. 0421



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 23/09/2019 14:57

	Nome Paciente:	JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	06/04/1976
	Sexo:	Masculino
	Idade:	43
	Senha:	U0018
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 23/09/2019 14:59 - 23/09/2019 15:00

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HA MAIS DE 12 HORAS SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA .
RELATA VÔMITOS, HEMATOMA FRONTAL A DIREITA, QUEIXA DE CEFALÉIA

Observação: SENHA 5777631

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 8

Vck 23/09/19
Paciente ague etavel, f
intencional, f queixas f deficit motor.
ECA 15, PFR, f lesões Nor
Tc de crânio: f lesões Nor
OD: Alta

Comprev
CORPO DE BOMBEIROS
MUNICIPAL DE RECIFE
DR. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

COMPREV
COMPRES
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 JAN 2021

PROTOCOLO
CONCESSIONÁRIA RECIFE

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/09/2019 15:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:21:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616211505100000067795942>
Número do documento: 20100616211505100000067795942

Num. 69132702 - Pág. 10



RECEITUÁRIO MÉDICO

150 - RECEITURAS

José Vitor da Silva Inácio,
23 a

Peso de nasc. 3,5 kg.
Maca comum de convalescência porém 1 spiro-
deo ao volume normal e outra no je +
espaleira opõe o tronco ; que possa
P.P.: 150 x 100 mm Hg.

H.O: TCE

Dr. Cicero Roberto S. Leite
Médico
CREMEPE 11742

CDR
03/03/19

SENHA: 5777631

NOME:
MEDICAMENTOS

QUANT.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

DATA: ____/____/____

MÉDICO

Prefeitura Municipal C. S. Félix - CNPJ: 10.766.129/0001-69
Praca São Félix, nº 20 - Centro - Camocim S. Félix - Fone: (81) 3743.1156

CÓD: 01 - Gráfica Lima: (81) 3729-6366

COMPRE
COMPRE MÍDIA PREMIUNCIAS S/A
03 JAN 2020
PROTÓCOLO
ANÚNCIA RECIFE



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore:	Glasgow: Resposta Verbal Escore:	Glasgow: Resposta Motoria Escore:
Hora:	Hora:	Hora:
<input type="checkbox"/>		
E: Exposição/Abdômen:		
<p>23/04/19 17:15h # CG</p> <p>NEGA DOZ TURÍCICA OU AGUAMIN AL.</p> <p>Ao EXAME:</p> <p>EUTÉCICO, AVALIA SEPARADAMENTE NARANAS</p> <p>FC: 70, PULSOS VENFEMINOS CLEIOIS E SIMÉTRICOS,</p> <p>CALOR, ADO D'AMOR LIVRE, FÍBRIAS E</p> <p>INDOAS, GLS: 15, WLA MORTUAS.</p> <p>Rx TUMX NORM AL.</p> <p>rx - ALTA CG</p> <p>-NCA / TMA MASTO</p>		
Diagnóstico Inicial:		Cod. Procedimento
<p>FC: 70, PULSOS VENFEMINOS CLEIOIS E SIMÉTRICOS,</p> <p>CALOR, ADO D'AMOR LIVRE, FÍBRIAS E</p>		
Conduta:		Ass. Médico
<p>INDOAS, GLS: 15, WLA MORTUAS.</p> <p>Rx TUMX NORM AL.</p> <p>rx - ALTA CG</p> <p>-NCA / TMA MASTO</p>		

Evolução de Enfermagem:	Rômulo Vasconcelos Médico - CRM/PE/14808 Cirurgião Geral CBO 2252-25 - RQE 3826	Ass. Enfermagem
-------------------------	--	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	CRM: 25585 Data: 23/04/19 Hora:
---	---------------------------------

Médico: Nandinho Genes CRM: 25585 Data: 23/04/19 Hora:

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 23-set-19

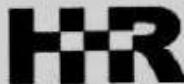
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da RestauraçãoNCR) 00060579
+
6

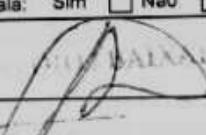
ETIQUETA

Ficha de Atendimento

TC 00060579

Nº PRONTUÁRIO: 1694428	Data e Hora de Atendimento: 23/09/2019 15:10	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Nº. ATEND.:1486137 Data de nascimento: 06/04/1976	Paciente: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO Idade: 43a 5m 17d	Nm. Social: Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: RISONETE SANTINA
DOC ID / Data expedição 4799740 /	Mãe: SANTINA SEBASTIANA DA CONCEICAO Pai: NESTOR JOSE FELIX	Cartão SUS: 700801458336082
Endereço: RUA LUIS VIRGINO Bairro: CENTRO Cidade: CAMOCIM DE SÃO FÉLIX	NEPI-HR AT 23/09/19	Numero 46 Complemento: UF: PE Telefone: 96634205
Ocorrências:	CONTAS NEGRAS - SATURAMENTO SERVIÇO EXECUTADO	
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		Assistente Social
Observação:		
História Clínica:	<p>Quicote urinico de acidente infeccional agudo, dia +/- 12h, esse quadro de suscitação e/ou síndrome septicêmica. Apresenta-se inicial clinicamente com queixa de cefal. ECG IS 1x/10s. Neurológica e oftálmologica.</p> <p>Th: ① Té ou urinico + 2x de trauma, + 2x de</p>	
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:	② C6 + subpectoral + luxo	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pélvica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> Dr. Auricello Batista Neurocirurgia CRM-PE 1137 </div>		
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: <input type="text"/> mm Tomo gráfica.	Pulso:  COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
23-09-19 Cardiome.		03 JAN 2021

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



RECEITUÁRIO MÉDICO

to write for the course
also

will be made and at the
same time as the regular
class. The students will be
able to take the course
regularly or as far as they
please.

Dr. Cesar Roberto S. Latorre
Medico
CREMERE 11742

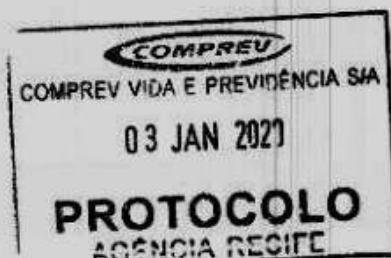
NAME: _____ **QUANT.** _____
MEDICAMENTOS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

DATA: / /

Prefeitura Municipal C. S. Félix - CNPJ: 19.796.129/0001-80
Av. Presidente Juscelino Kubitschek, Centro - Comodoro S. Félix - Fone: (011) 3743.1156

Digitized by srujanika@gmail.com





SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 117.064

DATA 23/09/19

HORÁRIO: 11 H 30 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem:	Profissional ACS: <i>Elane</i>		
Nome do paciente:			
Genitora:			
Data nasc:	06/09/76	Idade: 43 Anos	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. Cor:
Endereço:	R. Luiz Viana	nº: 46	
Bairro:	Campo	Ponto de referência:	
Profissão:	Agricultor	<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro	
Nome do acompanhante:			

LOCAL DE OCORRÊNCIA:			
TIPO DE OCORRÊNCIA:	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SUICÍDIO		
PACIENTE CHEGOU:	<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> OUTROS		
PRESSÃO ARTERIAL:	MAX. <i>150</i> MIN. <i>100</i>	PESO:	TEMP.:
QUEIXA PRINCIPAL:	<i>Anude de resto, trauma ao abdômen</i>		
EXAME FÍSICO:	<i>Nas diafragma</i> <i>Sopore e episódio de cianose na escala de</i>		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	<i>Abdome contuso</i>	CID:	
EXAMES SOLICITADOS:	<i>TCE: 170 S</i>		

TRATAMENTO PROPOSTO:	<i>O captopril 25 mg 2 qd VO.</i>
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 03 JAN 2020 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE	
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO	

DESTINO DO PACIENTE:	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA <input checked="" type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA	<input type="checkbox"/> ÓBITO: _____ H _____ MIN <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> INTERNAMENTO
----------------------	---	---

ALTA HOSPITALAR		
DATA	HORA:	<i>J. Cícero Roberto S. Lobo</i> Assinatura do Médico / CRM / CARIMBO
		CREMEPE 11742

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente José INESTOR DA SILVA (RUMO)
Data de nascimento 06/04/1976 RG 4999740-89 CPF 763.11554.000

O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 22/09/2019
Nº do B.O. 19E0190000569

Resumo clínico PACIENTE VENDEU SE AGÊNCIA DE TRABALHO
SO FUI PRALE TURMA OFICIAL

Diagnóstico Tra + poli traumática

Tratamento CONTORNO + ORGANIZAÇÃO NEUROGÊNA

Sequelas 1. CEFALGIA

2. Lesões da prótease VENOSA + dor nos extremit

focos

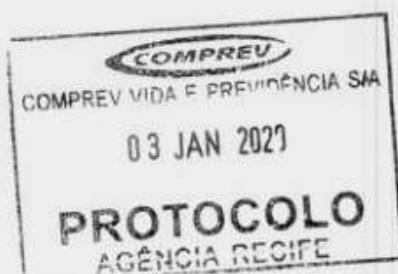
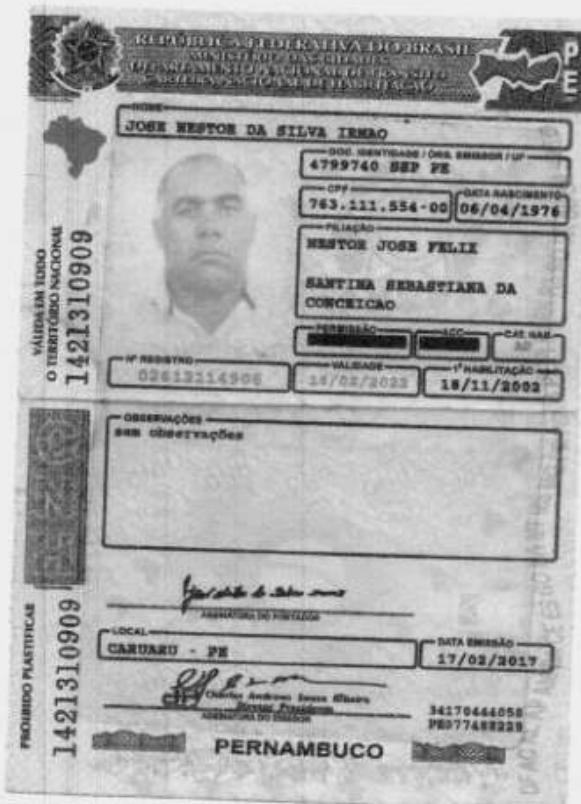
Data da alta ambulatorial definitiva 22/05/2020

CO	PREVIDÊNCIA S/A
26 JUN 2020	
F. COCOLO	
AGÊNCIA RECIFE	

Abreu e Lima, 22 de maio de 2020
Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM-E 8594
CREME 8594
CPF: 172.676.334-04

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:21:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616211505100000067795942>
Número do documento: 20100616211505100000067795942

Num. 69132702 - Pág. 17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETACHAMENTO DE POLÍCIA MILITAR
DEPARTAMENTO DE ENFRENTAMENTO A MAFIA

PE N° 014357652959

JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORAVIDA.COM.BR
SAC DPVAT 0800 032 7000

CAMOCIM DE SÃO FELIX -		14/03/19
762.111.554-00		PCU9758
*****		9C2KC2500KR025262
PFA MOTOCICLETA		GASOLINA
HONDA/CG 160 START		2019 - 2019
2P/152CL	PARTIC	PRETA
IEVA 2019 QUITADO		
80.11	0.32	84.58
14/03/19		
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA		
<i>Roberto Carlos Maguire Fontelles</i>		
CAMOCIM DE SÃO FELIX - 14/03/19		
Roberto Carlos Maguire Fontelles		
DIRETOR DIRETOR DE DETRAN/PE		

PRÉMIO TARIFÁRIO

36.05	4.01	40.06
4.15	0.32	84.58

X DONA OFICIAL

14/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAKE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
NUNCA FAZ PGM PORTAR OBTAGATORIO

JUL-2018



Ao Sr. Analista

VITIMA: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

Sinistro: /CPF:763.111.554-00

PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram no meu processo . venho
REQUERER reanálise de JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO, 763.111.554-00 referente
indenização do seguro obrigatório – DPVAT de invalidez . tendo em vista está
apresentando EXAMES DE IMAGENS .. Logo aguardo uma solução ao pedido acima
transcrito.

Atenciosamente,

VÍTIMA: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO
CPF: 763.111.554-00

