

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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190363472

Vítima: EDIZIA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIZIA SILVA DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190363472

Vítima: EDIZIA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDIZIA SILVA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

652 192 794-91

Nome completo da vítima:

Edisia Silveira dos Santos

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

Nome completo:

Edisia Silveira dos Santos

CPF: 652 192 794-91

Profissão:

Servente

Endereço:

R. Jorge Amado

Número: 306

Bairro:

Paulo Guedes

Cidade:

Belo Horizonte

Estado:

MG

CEP: 35150000

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Sombrinha - 033

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4009

CONTA:

000600160030

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Juazeiro 05.06.2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura _____
2ª | Nome: Luis Felipe Cordeiro Cunha
CPF: _____

Assinatura _____
Assinatura _____

Assinatura _____
Ass

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

652192794-91

Nome completo da vítima

Edilisia Silveira dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Edilisia Silveira dos Santos	CPF da conta	652192794-91	Profissão	Autônoma
Endereço	R. Jorge Amado	Número	206	Complemento	
Bairro	Poubo Guerreiro	Cidade	Belo Horizonte	Estado	MG
Email		CEP	35150000	Telefone (DDD)	81-997246574

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	BNB	NRO.	341
AGÊNCIA NRO.	9708	D/V	
CONTA NRO.	09224	D/V	3
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Assinei em 10 de Junho de 2019
 Local e Data

Edilisia Silveira dos Santos
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
Luis Filipe a Cavalcanti
 Luis Filipe a Cavalcanti
 Corretagem de Seguros-ME
 R. João Cunino 872
 Comp. Sala Diamantino
 Município de Nassau CEP: 55.012-190
 Caruaru PE



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUISCRICAO - BELO JARDIM - DP104°CIRC
DINTER1/15°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0194001310

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2019 às 17:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 8/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, RUA MONTEIRO LOBATO - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (Autor/Agente)
EDILSIA SILVA DOS SANTOS (Vítima)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EDILSIA SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc: LUSINETE CÂNDIDO DA SILVA Prol: JOSÉ CÂNDIDO DA SILVA Data de Nascimento: 28/12/1955 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 1762184/SSP/PE (RG). 65218270491 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escalabilidade: 1º. Grau INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 206, RUA JORGE AMADO - CEP: 56200-000 - Bairro: BOA VISTA - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escalabilidade: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 8 DE DEZEMBRO DE 2018 POR VOLTA DAS 18H00 ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA MONTEIRO LOBATO, CENTRO, BELO JARDIM-PE NO MOMENTO EM QUE FOI ATROPELADA POR UM MOTOCICLISTA. INFORMA AINDA QUE O MOTOCICLISTA NÃO PRESTOU O DEVIDO SOCORRO, SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS. DECLARA QUE EM DECORRÊNCIA DO FATO TEVE UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA. PARA COMPROVAÇÃO DOS FATOS TROUXE CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N.º DOP 003/2019 DO CORPO DE BOMBEIROS, DECLARAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BELO JARDIM, RESUMO DE ALTA E RELATÓRIO OPERATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

Manuscrito de Nelson - CEP 56012-190
Com. Série [descrever] CEP 56012-190

R. Jóquei Clube 672
Conselheira Fernanda Moisés

Luis Filipe - CEP 56012-190

123 882 245/0001-95

EDILSIA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por:  MATHEUS FREITAS LIMA - Matrícula: 396937-0

E:\PAG\Documentos\Banco\Bancos\Bradesco\Relatórios\2017\Análise\Análise DE Previdência

12

23/05/2019

Edital da Consolidação

2017-05-23

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

652 192 794-91 Edisia Silve dos Santos

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:	Edisia Silve dos Santos	CPF:	652 192 794-91
Profissão:	Servente	Endereço:	R. Jorge Amparo
Barro:	Roub Gueixa	Cidade:	Belo Horizonte
E-mail:		Estado:	MG
		CEP:	35150-000
		Tel. (DDI):	8199704-6574
		Numero:	206
		Complemento:	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Sombmden -033

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Ipueira 05.06.2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: MILTON DE SOUSA BRITO CPF: 55012-190

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura: 123 892 241 - 001-951

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

COInter - 2º Grupamento de Bombeiros - 3ª SB

Belo Jardim-PE, 22 de março de 2019.

ADRIANO **MARÇAL** GOUVEIA LIMA - Cap. QOC/BM
Comandante da 3ª SB

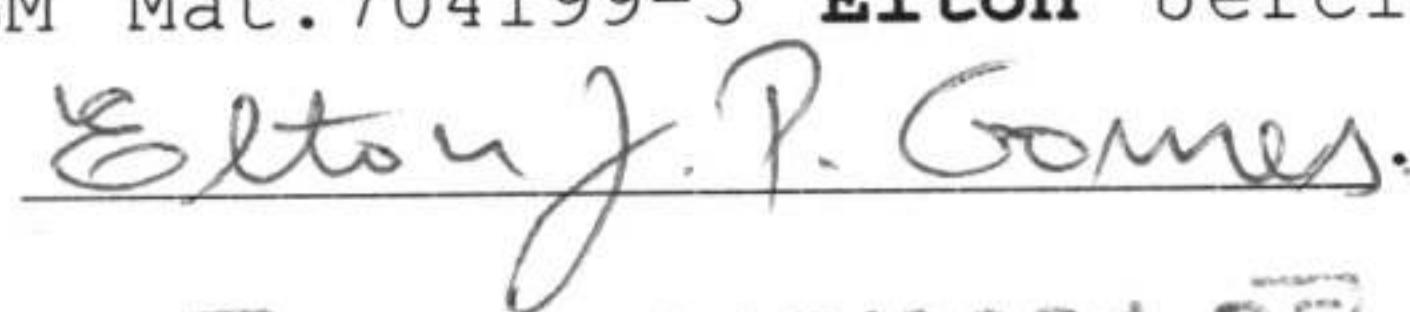
VISTO

Comandante

Carlos Fernandes Lopes Carvalho
 TC BM/QOC - Mat. 930079-1

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°DOP 003/19

O Comandante da 3ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento da Sra. **EDÍSIA SILVA DOS SANTOS**, Registro Geral nº 1.762.184 SSP/PE, CPF nº 652192794-91, residente Na Rua Jorge Amado nº 209, Boa Vista, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a ordem de serviço operacional nº **2174**, foi deslocada a viatura AR-360 da 3ª Seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 18h47min do dia 08 de Dezembro de 2018, para atender uma ocorrência de **ATROPELAMENTO**, ocorrido na Rua Monteiro Lobato, s/n, Bairro Centro, Belo Jardim - PE, onde a motocicleta não estava no local, vitimando a Sra. **EDÍSIA SILVA DOS SANTOS**, que apresentava escoriações na face e no membro superior direito, além de fratura aberta no membro inferior direito e esquerdo. A vítima após receber atendimento Pré-Hospitalar, foi conduzida até o Hospital Júlio Alves de Lira, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o Dr. José Maurício, CRM 9219 e após isso foi conduzida pela viatura supracitada até o hospital Regional do Agreste, ficando aos cuidados do Dr. Raimundo Honorato, CRM 20136.

A presente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo comandante da 3ª Seção de Bombeiros e pelo Comandante da Unidade (2ºGB). 3ºSgt BM Mat.704199-3 **Elton** Jercione Pereira Gomes Graduado de Dia da 3ªSB, 

23 882 245/0001-95
Luis Filipe e Cavalcanti
Corretagem de Seguros ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maceió de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

CELPE

JULGADA de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE MACENA DOS SANTOS

CPF: 298 093.394-53

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
061679228	ÚNICA	13/05/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/05/2019	2001158480	5033512

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JORGE AMADO 206

PAULO GUERRA/BELO JARDIM
BELO JARDIM PE
55150-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7014679949	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
20/05/2019	11/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	70,08

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
83.0000000	0,78074657	64,80
		0,49
		3,03
		1,23
		0,30
		0,24

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
91376636	CAT	11/04/2019	11.415,00	13/05/2019	11.498,00	32	1.00000		83,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Año kWh

MAI 19	83
ABR 19	80
MAR 19	95
FEV 19	67
JAN 19	81
DEZ 18	133
NOV 18	51
OUT 18	106
SET 18	73
AGO 18	87
JUL 18	74
JUN 18	93
MAI 18	90

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
PIS	65,26	25,00	16,32
COFINS	65,26	1,18	0,75
	65,26	5,37	3,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 20,85	31,63%
Transmissão	R\$ 2,31	3,54%
Distribuição (Celpe)	R\$ 14,03	21,49%
Perdas de Energia	R\$ 4,42	6,77%
Encargos Setoriais	R\$ 3,30	5,06%
Tributos	R\$ 20,57	31,51%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh)

0,53457718

RESERVADO AO FISCO

1986 8C32 AB44 17B9 FC7F 8945 5BE9 3A21

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais curto de você! Informações sobre: rua joão macena / joão neide neves dos santos / mae / luz carlos da silva 85 morada nobre lista completa em www.celpe.com.br "Na data da leitura a bandeira em vigor é a Alta ou Média". Mais informações em www.aneel.gov.br. A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,78% para Alta Tensão - REH 2.535/19. O cliente é compensado quando houver violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagamento atrasado gera multa 2% (Resolução ANEEL 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os prazos de atendimento comercial.

Não existem débitos de 2018 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quinquagésimo (50) faturamentos mensais (Art. 4º da Lei 12.007/09). Esta declaração não abrange débitos de parcelamentos/conflitos de dívidas nem futuras em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo judicial.

NIVEIS DE TENSÃO
TENSÃO NOMINAL (V)
LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
MÍNIMO
MÁXIMO
AUTORIZADO POR REGIME ESPECIAL
DISPACHO CANAL RE-N492012

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
BELO JARDIM	mar/2019	5,87	11,34	22,69
	0,00	3,30	6,60	13,20
	0,00	3,29	0,00	0,00
Límite DICRI 12,22	EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 23,74			

CONTAS CONTRATO MÊS/ANO
7014679949 05/2019
20/05/2019

DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
20/05/2019 70,08
83840000000-6 70080011007-7 01467994910-0 13936891933-3



23 882 245/0001-95
Luis Filipe a Corralcanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP 55.012-190
Canuanu PE

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que EDISIA SILVA DOS SANTOS residente RUA JOSE VIEIRA DE SOUZA EDSON MORORO BELO JARDIM/PE esteve internado neste Hospital no periodo de 08.12.2018 à

com diagnóstico de CID: FRATURA EXPOSTA PERNAS DIREITA prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponivel ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 22.04.2019

Luis Filipe Vicanti
Corretagem de Seguros-446
R. João Duríssimo, 872
Comp. São Diamantino
Mauriti de Nassau - CEP 55.012-190
Garanhuns - PE


Dr. Sayuri Pereira
Diretora Geral
HJAL / UPA
Coren / PE 323-447

Responsável

DR SAXON PERIOD
Desert Gold
HARVARD
CERULEE 353-444



SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: 981218
Data: 19/02/18
Hora: 19:15

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:	
	Nome: Edilzir Sylveiro Soárez	Idade: 50	
	Data de Nascimento: / /	Sexo: F Cor: Estado Civil:	
	Naturalidade: Belo Jardim	Profissão:	
	Endereço: Rua José Vieira de Souza, 2 Edifício		
	Procedência: Belo Jardim	Telefone: 8400-0000	
RESPONSÁVEL	Responsável: Edilzir Sylveiro Soárez	Parentesco: Filho	
	Endereço:	Fone: (84) 3212-1234	
	Trazido por:		
	Endereço:	Fone:	
OCORRÊNCIA	Local do Acidente:	Data: / / Hora: / /	
NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Outras Causas
	Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	História da Doença Atual:	Notas clínicas: Exame de sangue e urina. Diagnóstico: suspeita de infarto agudo do miocárdio.	
ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO		
	Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:
	EDR		
	152 382 243/0001-951 Luis Filho - CRMPE 1446 Corretor de Seguros 112 R. José Góes, Centro 112 Câmara de Vereadores CRMPE 55.012.190 Mauro de Souza CRMPE 112 Caruaru PE		
Diagnóstico Provisório:			
RECEPCIONISTA		MÉDICO CREMEPE	

Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem															
08/10/18	19:20h	<p>Optanal 100 mg</p> <p>50 g/l oral per fl.</p> <p><i>João Maurício Médico CREMEPE: 9219</i></p> <p><i>19:45</i></p> <p><i>biti</i></p>																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONDIÇÕES DE ALTA</th> <th>MOTIVO DE ALTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curado</td> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> <td><input type="checkbox"/> Decisão Médica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Melhorado</td> <td><input type="checkbox"/> + 48 horas</td> <td><input type="checkbox"/> Alta Pedida</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Alterado</td> <td><input type="checkbox"/> - 48 horas</td> <td><input type="checkbox"/> Transferência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Piorado</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Indisciplina</td> </tr> </tbody> </table> <p>Transferido para: _____</p> <p>Diagnóstico Definitivo: <i>Fragilidade psicofísica</i></p> <p>Observação: _____</p> <p>Data: <i>08/10/18</i></p> <p><i>João Maurício Médico CREMEPE: 9219</i></p> <p><i>5572680</i></p>				CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Alta Pedida	<input checked="" type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Piorado		<input type="checkbox"/> Indisciplina
CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA																
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Decisão Médica																
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Alta Pedida																
<input checked="" type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência																
<input type="checkbox"/> Piorado		<input type="checkbox"/> Indisciplina																

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: *Edna Maria da Silva*

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

08/10/18 CRM 529

DATA

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

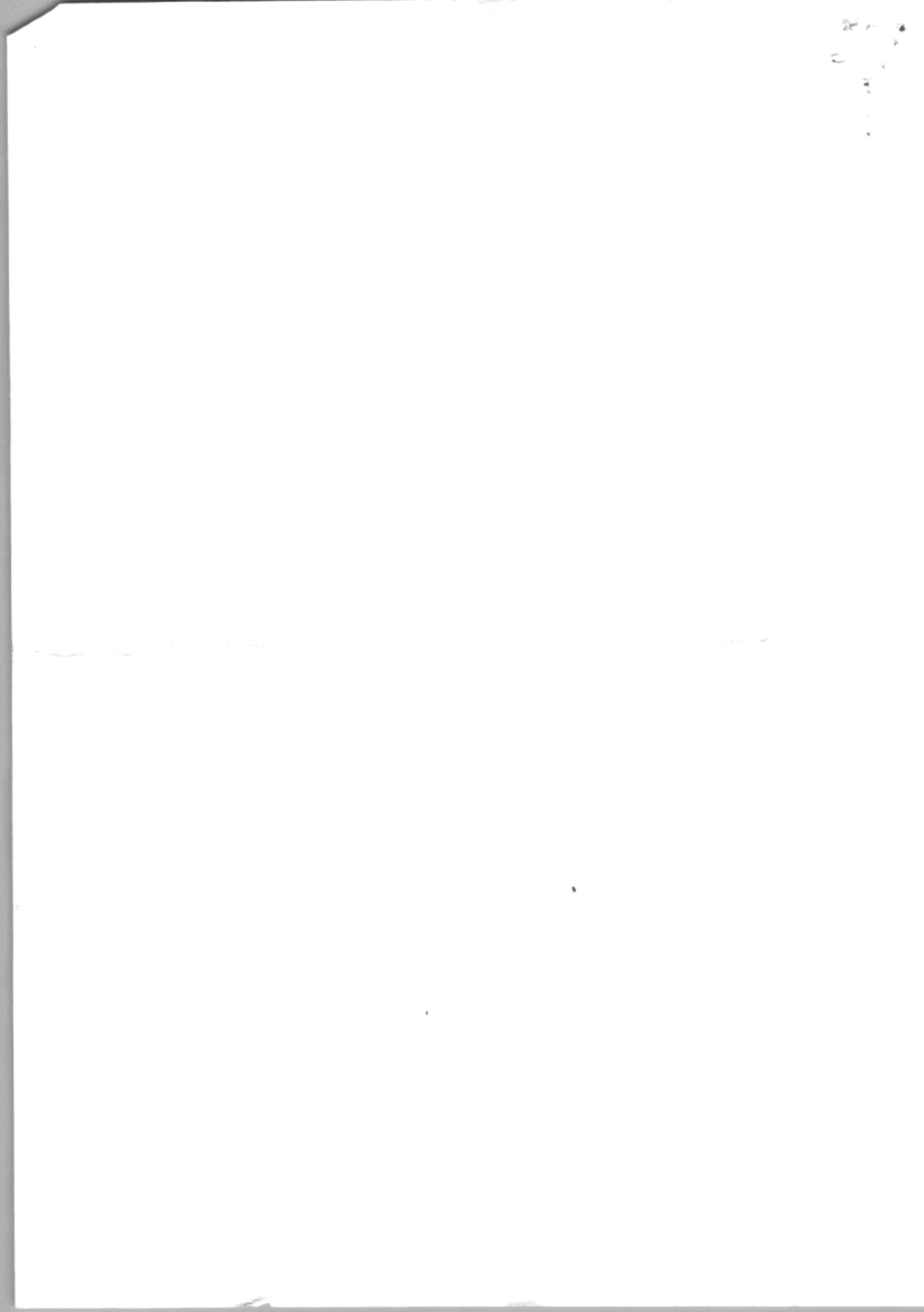
TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM

NA UNIDADE DE REFERÊNCIA

OUTRO SERVIÇO

123 CAR 245.0001-951
Dr. Edson Ribeiro - Belo Jardim
Conselho Regional de Enfermagem - ARE
R. José Góes, 572
Belo Jardim - PE
Município de Belo Jardim CEP 55.012-190
Ceará - PE



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

卷之三

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Edna Silveira dos Santos Atendimento: 468616 Prontuário: 330264
Data Nasc.: 28/02/55 Idade: 62 Sexo: Feminino Cor: Parda Religião:
CPF: RG: CNS: 598004112299356
Endereço: Rua José Vieira da Silva Nº: 95
Bairro: Salomão Morais Cidade: Belo Jardim Estado: PE
CEP: Fone: Profissão: R. Jan
Nome da Mãe: Lurmet Carvalho da Silva
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: Atendimento
Clínica:

2 - ATENDIMENTO _____ Data: _____

- ATENDIMENTO Data: _____ Médico: _____
Queixa Principal / HDA: _____

Pouente vítima de ócio pelomeno com queixa de dor em M.D. Referce desmaio.

Exame Físico:

Ej Regalo: conserva envuelto. PA: _____ FC: _____ FR: _____

Escavação em fase

Das émolétilzagens de madera formando

Diaq. Provisório:

CDI OS Rx de volumen cervical lateral
Rx de ~~lateral~~
~~Rx - REAELZADO~~
~~Bocia 10/12/12~~
~~Rx de PGBa ddr. Adelmo~~
~~DATA: cerca 7 Driito 10/12/12~~

Prescrição:

Dieta:

Dieta: ~~Vassouras~~ de Cimarrão geral.

Data

Horário

be called the ~~affine~~
affine part map
or affine part
of a object

123 882 245/0001-951
Luis Filipe e Gualberto
Gonçalves de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Sapori São Domingos
7000-0000 - NESSA - 65 012-190



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: EDISIA SILVA DOS SANTOS

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. RAIMUNDO HONORATO

1º Assistente: DR. FELIPE CARVALHO R1

2º Assistente:

Instrumentador: MACIEL

Anestesista:

Anestesia: RAQUI

Duração:

Data da Operação: 09/12/2018

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FIBULA DIREITA + FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS

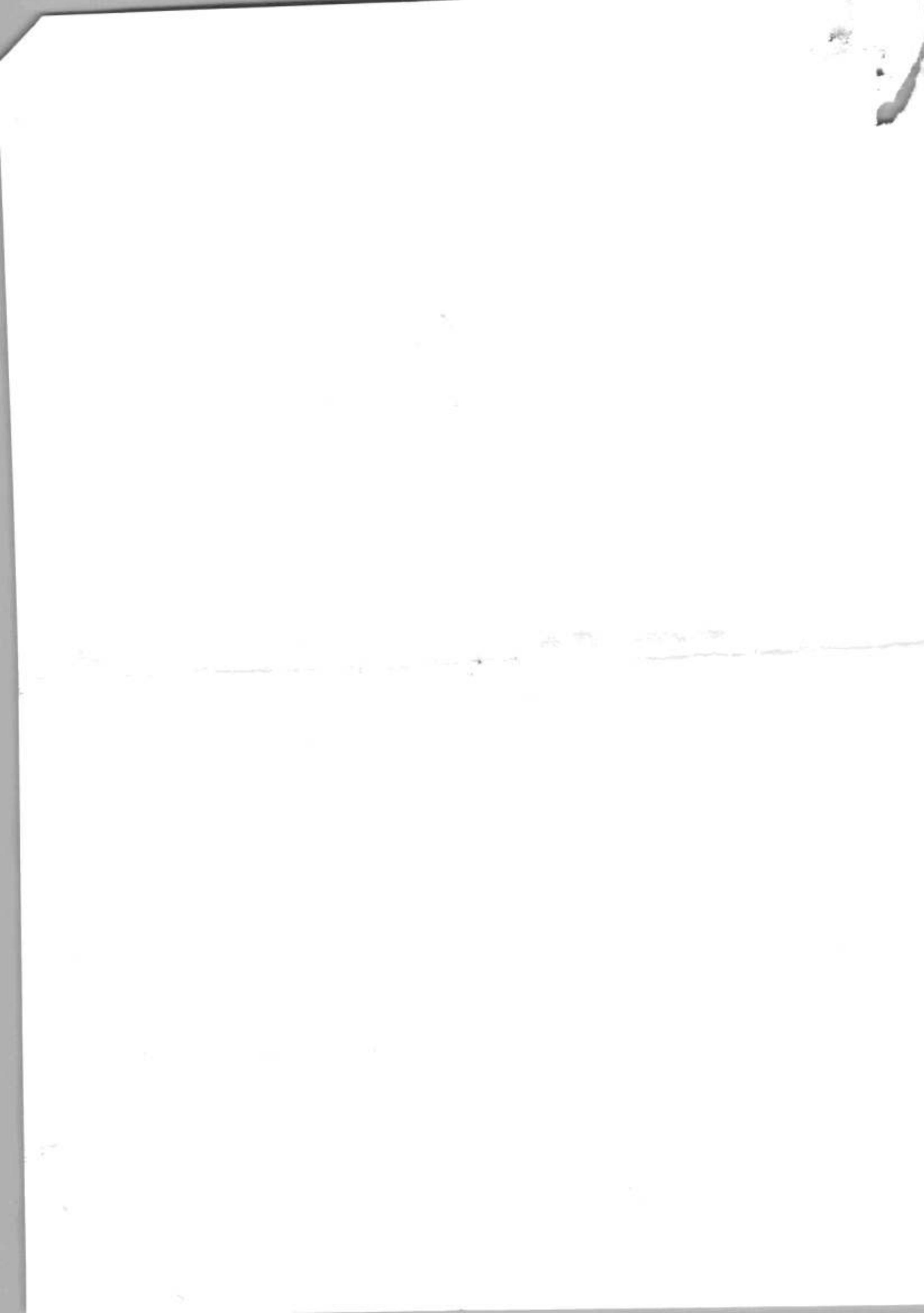
Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL + SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO EXLENTO FERIMENTO EM Perna DIREITA + FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO COM EXPOSIÇÃO DE PATELA
4. LAVAGEM EXAUXTIVA COM SFO,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0
6. CURATIVO
7. TALA COXOPÓDALICA EM MID
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

GRUPE
9 DEZ. 2010

|23 882 245/0001-951
 Luis Filipe Alcantara
 Corretagem de Seguros - ME
 R. João Cursino 872
 Comp. São Diamentino
 Muro de Nassau CEP 55.012-190
 Canudos - PE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

L10

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Eduardo Elias dos Santos

Prontuário: 33 02 64

Data: 09 / 12 / 10

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

1) Fratura exposta no fêmur direito

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Além das suas ameaças a d. paciente

casou com paciente agressora. Sobre

Orientações + recomendações

TRATAMENTO REALIZADO:

1) Cirurgia e sang

123 882 263 001-051

Luis Filipe & Ca. Ltda.

Corretora de Seguros-ME

R. João Cursino, 872

Comp. Sala Diamantina

Maurício da Nassau - CEP 56.012-190

Caruaru - PE

Alta Hospitalar: Data: 13 / 12 / 10

Hora: _____

Dia 11/12/2010
15-01-11
8:00.

13/12/2010
anteriormente
em maior exposição

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

3719.9346
Argiv. 10

Wood with wood

12 22 22

10 11 10

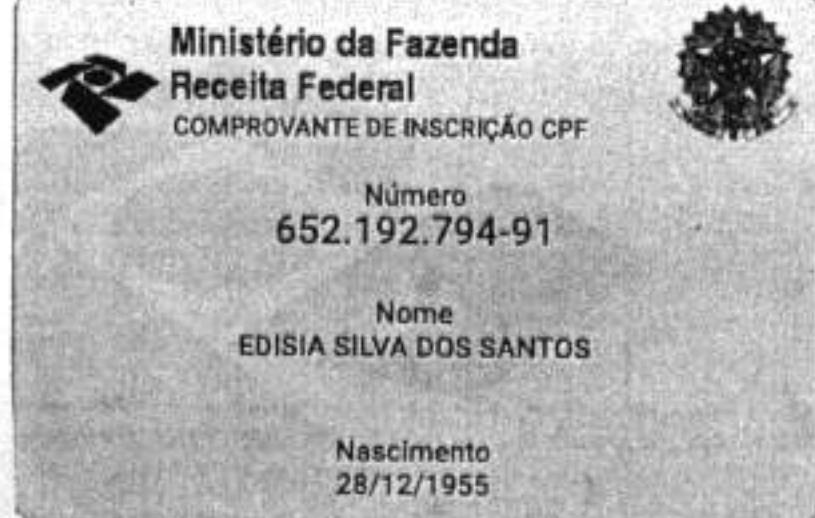
Wood with wood

Wood with wood

Wood with wood

Wood with wood

11 21



23 882 245/0001-951
Luis Filipe a. Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Selar Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190363472 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIZIA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO, COM EXPOSIÇÃO DE PATELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO, SUTURA, CURATIVO E TALA COXOPODÁLICA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO) E ALTA MÉDICA. PÁG 9

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilvane Silva dos Santos

Data de nascimento: 28/02/1955 Idade: 63 a.

Data do exame: 28/05/2019

Audiômetro: AD229e (Interacoustics)
Reposo auditivo: 14 horas

Calibração Acústica 28/03/2019 (Norma ISO 8253-1)

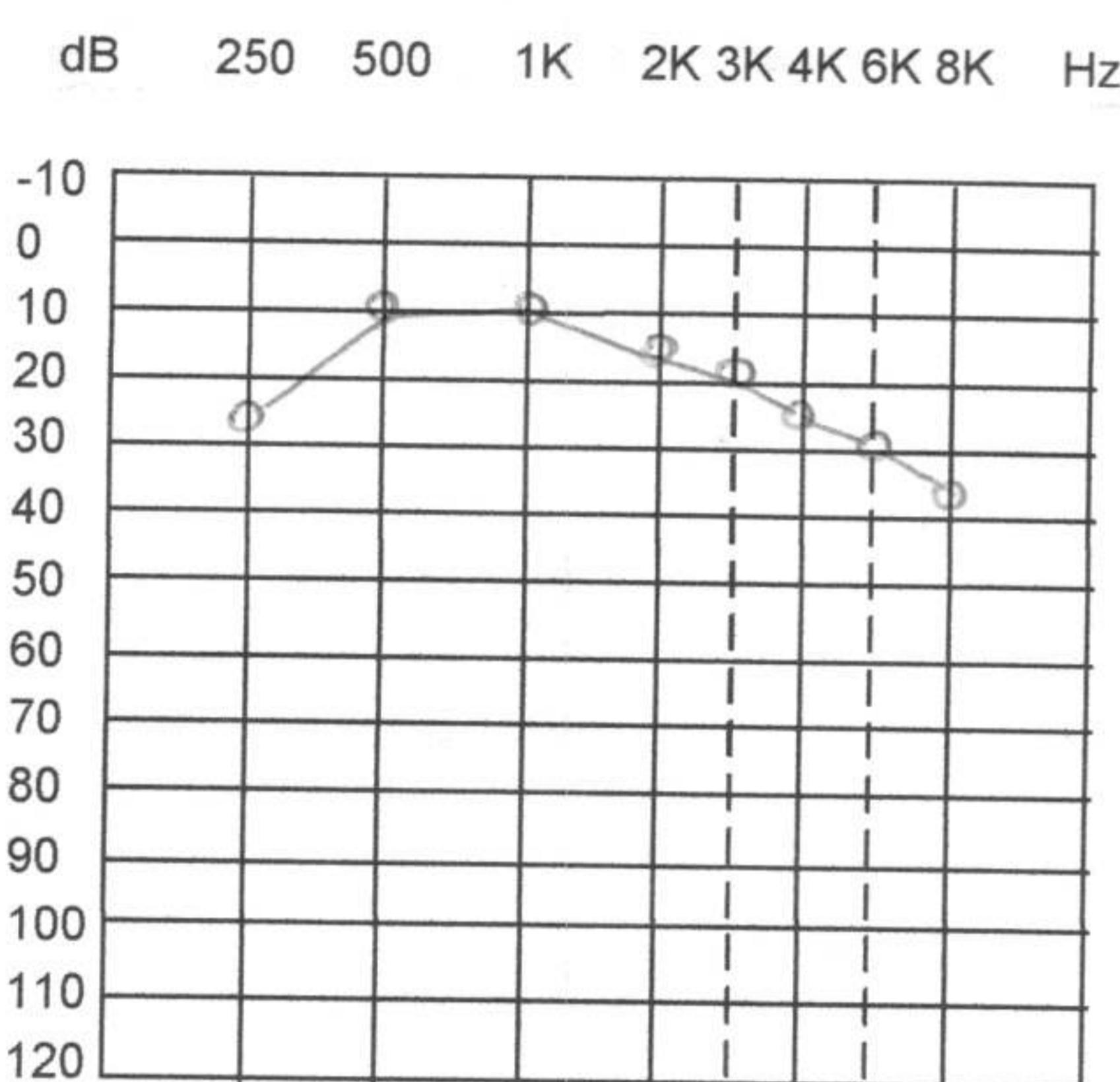
Inspeção do meato acústico externo:

OD OK!

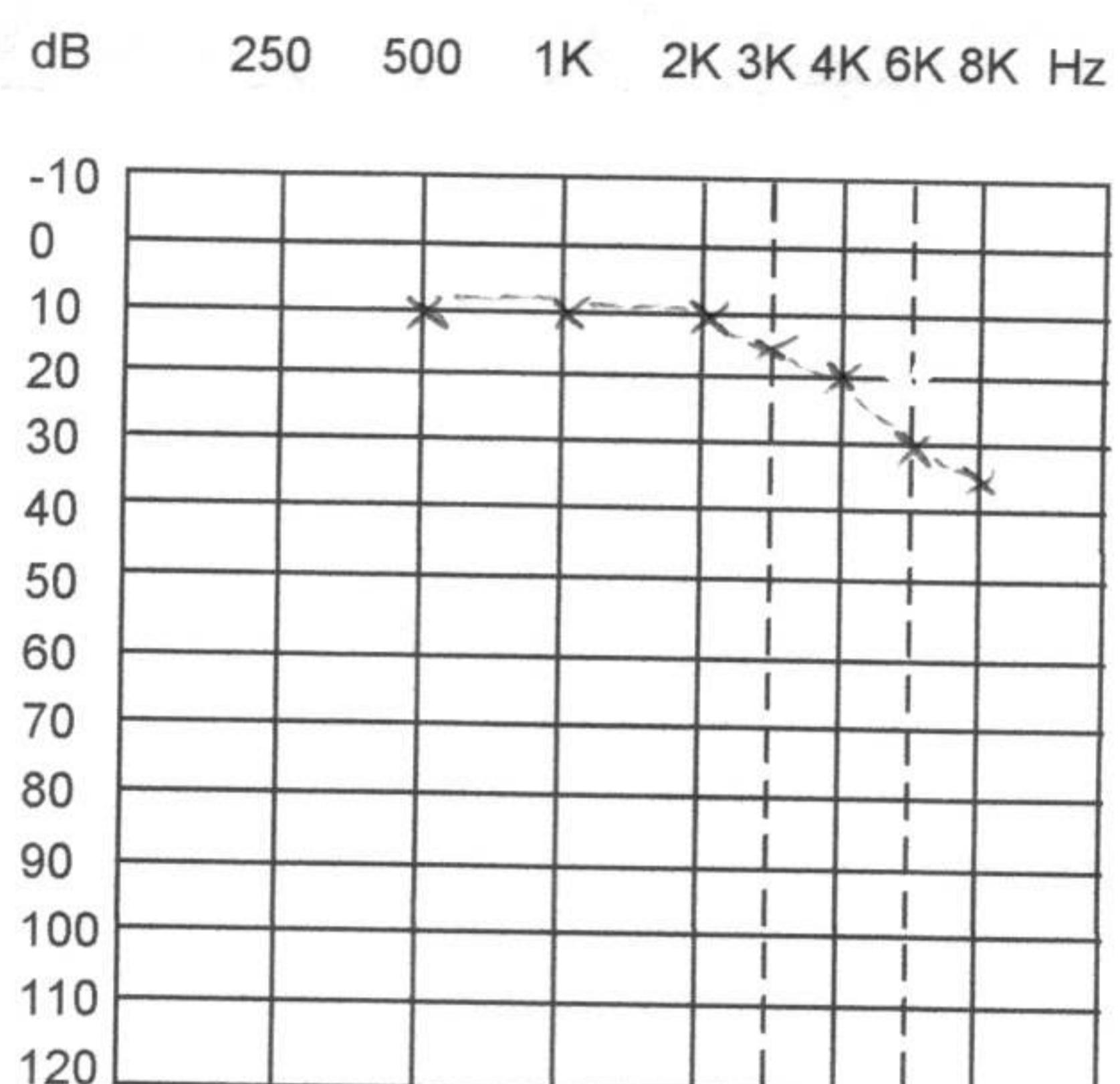
OE OK!

AUDIOMETRIA CLÍNICA

OD



OE



SRT 15 dB IRF 45 dB 100 % mono
100 % diss.

Mascaramento: _____

SRT 10 dB IRF 40 dB 96 % mono
100 % diss.

Mascaramento: _____

Parecer Fonoaudiológico Audiometria:

Ronda auditiva leve em 6.000Hz e 8.000Hz bilateral.

- Os resultados deste exame são subjetivos e válidos para a presente data.

Parecer Fonoaudiológico Imitaciometria:

Timpâogramas tipo "A" bilateral, com presença de ondas c/latentes estapedianas c/B e c/TE ausente apenas em 4.000Hz.

Drª Priscilla Inácio da S. Diniz

Fonoaudióloga

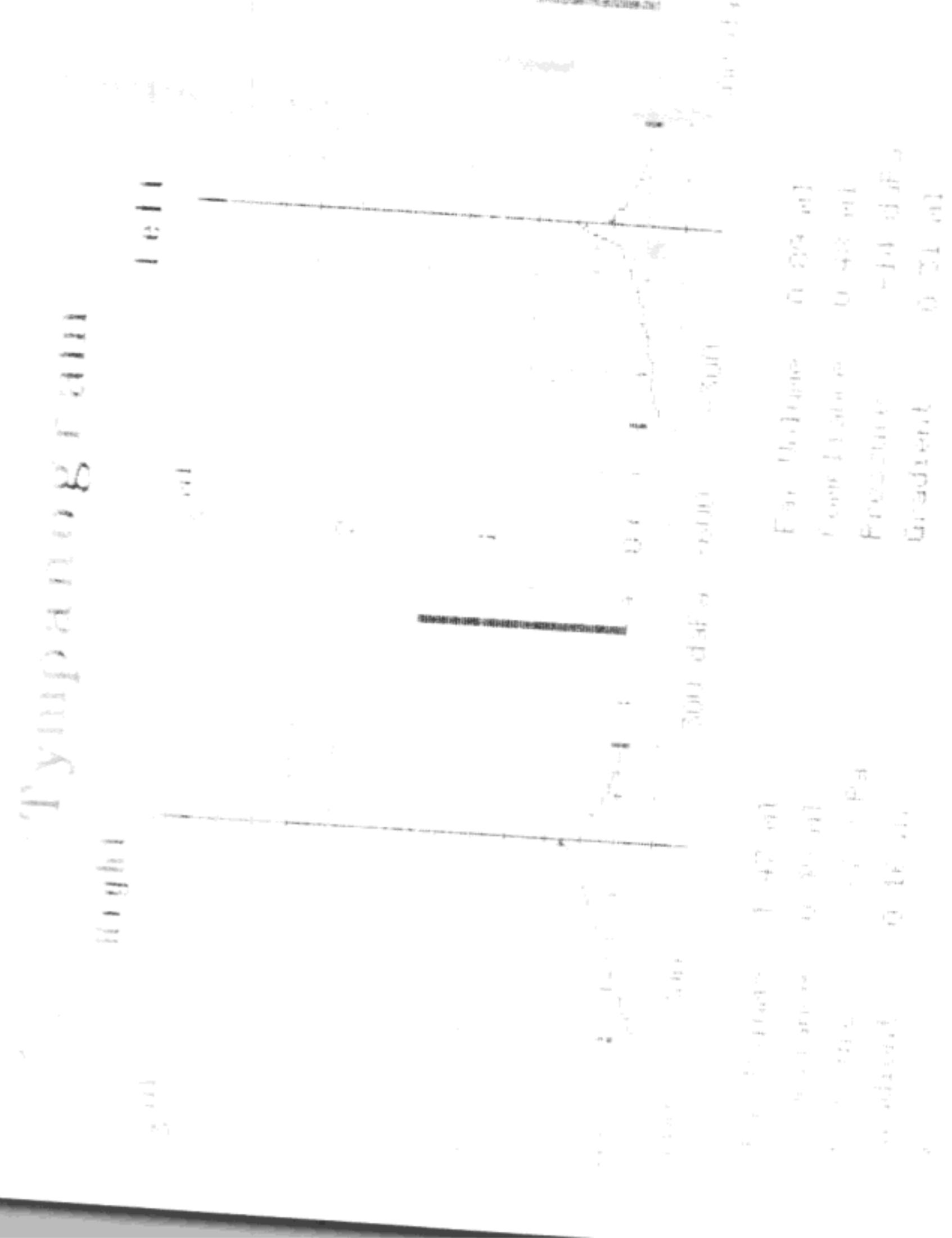
CRFa 4-10153

Assinatura e carimbo da fonoaudióloga

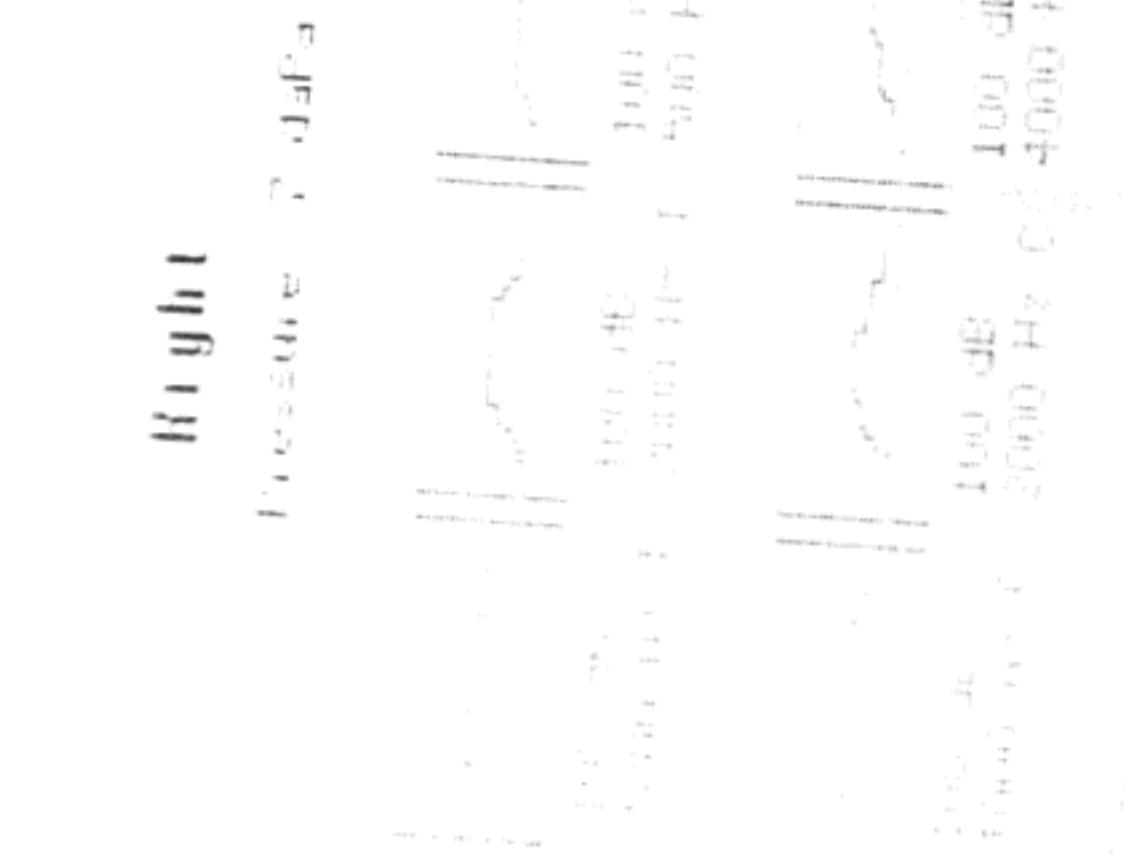
Echinus stellatus Barnstorff

24.05.2019

11



REFLEX



116

卷之三

101

卷之三

DECLARAÇÃO

Declaramos para devidos fins, que o (a) Sr. (a) EDISIA SILVA DOS SANTOS compareceu a este serviço nesta data para CONSULTA MEDICA NEUROLOGIA (MEDICA FALTOU)
de 10:00 a 12:58

Local e Data: BELO JARDIM, Segunda-Feira, 03 de Junho de 2019 a(s) 12 Hora(s) e 58 Minutos(s)

Josinalda da Silva Pereira
Josinalda da Silva Pereira >
Assistente Social
UP-E - Belo Jardim - PE
Nº: 300036 - CRESS-PE 7224

JOSINALDA DA SILVA PEREIRA - CRESS: Nº.7224

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Eclízia Silveira

Registro N. Santos

Clínica:

Enfermaria:

Vítima do ato
deslocamento de
08/12/2018.

Frac. esp. fibula
direita. + rot.
anuloplastia.

Placa real.
P/ fixar de direi-
to. 2094

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia

CRM: 10662

Data 15/10/2019

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eleida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Edison S. G.

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Freel - Favela 9

fl. favela
m 5D
20 secos

Nilton Pereira de Souza
Ortopedia e Traumatologia

CRM: 10660

05/01/2018

Data _____ / _____ / _____

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elelda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190002/19

Número do Sinistro: 3190363472

Vítima: EDIZIA SILVA DOS SANTOS

CPF: 652.192.794-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2018

EDIZIA SILVA DOS SANTOS

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

EDIZIA SILVA DOS SANTOS : 652.192.794-91

Autorização de pagamento

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: 10/06/2019
Nome: EDIZIA SILVA DOS SANTOS
CPF: 652.192.794-91

EDIZIA SILVA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019
Nome: JESSYCA MAYARA NEVES CAVALCANTI
CPF: 088.233.304-67

JESSYCA MAYARA NEVES CAVALCANTI