



Número: **0059046-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro Acidentes do Trabalho**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSIEL LOURENCO DA SILVA (AUTOR)	CLAUDIO ROGERIO TORREAO DE ALMEIDA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69187 644	07/10/2020 15:15	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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190474723 Vítima: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 02/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). JOSIEL LOURENCO DA SILVA

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, contados 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 n° 14699930



Pág. 01121/01122 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:15:14
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071515142860000067848610>
Número do documento: 2010071515142860000067848610

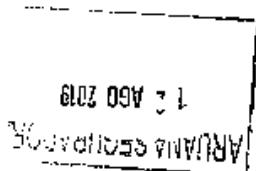
Nº 69187644 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

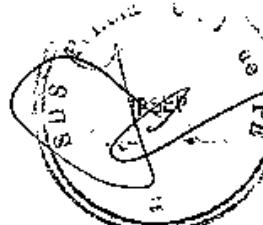
1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: JOSIEL LOURENÇO DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: JOSIEL LOURENÇO DA SILVA		6 - CPF: 725.090.234-20		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA AMSTERDAM	9 - Número: 344	10 - Complemento: CASAB	
11 - Bairro: IMBIRIBERA	12 - Cidade: RECIFE	13 - Estado: PE	14 - CEP: 51180-190	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 81 985558217			
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 checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 3208 5 CONTA: 0089646 2		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 à que eu tiver direito, restando pendente e dântida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 permanente decorrente 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 rendição de direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				
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): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (el herdeiro): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34 Impressão Digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		38 - 1 ^a Nome: CPF: Assinatura da testemunha		
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2 ^a Nome: CPF: Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data, _____		TESTEMUNHAS		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		
43 - Assinatura do Procurador (se houver)		12 AGO 2019		





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:15:14
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715151428600000067848610>
Número do documento: 20100715151428600000067848610

Num. 69187644 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ª CIRC DIM/3ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099001917

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2019 às 17:13**

Complementa o BO Número: **19E0099001506**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado) que aconteceu no dia **2/8/2019 às 19:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARQUITETO LUIZ NUNES, 1 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (VÍTIMA)

ARIANA RESENDE

12 AGO 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA** Pai: **MANOEL LOURENÇO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA AMSTERDAM, 344, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH5776** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015**

Complemento / Observação

23/07/2019 17:03



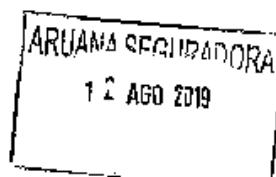
2020

INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA NA AV ARQUITETO NUNES COM SUA MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA, MODELO 250 CC, COR PRETA, PLACA PCH-5776, QUANDO SUBTAMENTE O AUTOR EM VEICULO DE PASSEIO ENTROU A ESQUERDA SEM COLOCAR O INDICATIVO DA SETA, CAUSANDO UMA COLISÃO E PROJETANDO A MOTOCICLETA DA VITIMA NO CHÃO. ONDE O MESMO FOI ATENDIDO PELO SAMUR E LEVADO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA.

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

**JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **381051-6**



23/07/2019 17:03



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:15:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715151428600000067848610>
Número do documento: 20100715151428600000067848610

Num. 69187644 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9º CIRC DIM/3º DESEC.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099001506

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **17:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARQUITETO LUIZ NUNES, 01** - Bairro: **IMBIRIBEIRA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA** Pai: **MANOEL LOURENÇO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA AMSTERDAM, 344, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

ARIANA SANTOS/ADORA
12 AGO 2019

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA NA AV ARQUITETO NUNES COM SUA MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA, MODELO 250 CC, COR PRETA, PLACA PCH-5776, QUANDO SUBTAMENTE O AUTOR EM VEICULO DE PASSEIO ENTROU A ESQUERDA SEM COLOCAR O INDICATIVO DA SETA, CAUSANDO UMA COLISÃO E PROJETANDO A MOTOCICLETA DA VITIMA NO CHÃO. ONDE O MESMO FOI ATENDIDO PELO SAMUR E LEVADO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA.

07/06/2019 17:05



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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
(VITIMA)

Josiel Lourenço da Silva



B.O. registrado por: **POLICARPO DA SILVA COSTA NETO** - Matrícula: 3848523

Policarpo da S. C. Neto

ARIANA SECUNDORA
12 AGO 2019

07/06/2019 17:05



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:15:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715151428600000067848610>
Número do documento: 20100715151428600000067848610

Num. 69187644 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: JOSIEL LOURENÇO DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: JOSIEL LOURENÇO DA SILVA		6 - CPF: 725.090.234-20		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA AMSTERDAM	9 - Número: 344	10 - Complemento: CASAB	
11 - Bairro: IMBIRIBERA	12 - Cidade: RECIFE	13 - Estado: PE	14 - CEP: 51180-190	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 81 985558217			
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 da 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 checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 3208 5 CONTA: 0089646 2		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 à que eu tiver direito, restando pendente e dântida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 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 rendição de direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				
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): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros (filhos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:				
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado				
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido				
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido				
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido				
38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data, _____, _____ / _____ / _____				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____				

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

12 AGO 2019



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	052.06.2019
DATA	21.06.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **MARIA DOS PRAZERES LOURENÇO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **2935697** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **433.485.134-72**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-636116**, que no dia-02 de junho de 2019, o paciente Sr. **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **10055859** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **725.090.234-20**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 19h41, na Avenida Engenheiro Alves de Souza, em frente a Farmácia Drogasil, bairro da Imbiribeira, Recife/PE, em seguida, direcionado a UPA Imbiribeira e, posteriormente, redirecionado ao Hospital Otávio de Freitas. Recife, 21 de junho de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Sérgio Parente Costa
Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

ARUANA SEGURADORA
12 AGO 2019

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450





Tarifa Socio da Energia Elétrica: Gás da p/é Lá 10/438, do 25/04/02
NOTA FISCAL DE FATURA E CODIGO DE ENERGIA ELETTRICA CEG-001
Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Deus, 111, Bairro Vila Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 15.635.522/0001-10 | Inscrição Estadual 000147-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JENAO GOVERNO DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA AMSTERDAM 344 - 6

CPF: 049 051 244-03

IMBIRIBA-RECIFE

RECIFE-PE

51170-230

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

Cordeiro, Antonio

Yves

bpm

PA:

mmhg

MM bora?

rx de m-0 Atropo

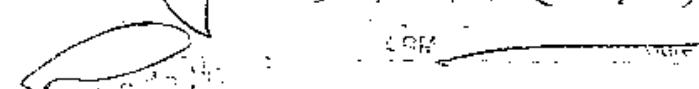


Dipalox 2ml
+
Profund 2ml



Finst chris 6g +

Finstum 2mgs



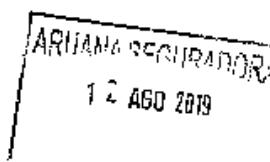
 **Jovem Aprendiz**

De: UPA IMBIRIBEIRA <contato.upaimb@ipassaude.org>
Enviado em: quarta-feira, 19 de junho de 2019 11:09
Para: secretaria.upaimb@ipassaude.org; coordtecnica.upaimb@ipassaude.org
Assunto: SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

Sinalizador de acompanhamento: Acompanhar
Status do sinalizador: Sinalizada

De: Josiel Lourenço da Silva
Motivo da Solicitação: Entrada no dpvat
Data do atendimento: 02/06/2019
RG: 10055859
Telefone: 81 985558217
Data de nascimento: 15/05/1969
Nome da Mãe: Maria da Conceição silva
Protocolo: teste

Este email foi enviado via formulário de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO em UPA IMBIRIBEIRA



Queixa Principal / História

PACIENTE TRAZIDA POR SAMU EM PRANCHA RÍGIDA E IMOBILIZAÇÃO CERVICAL APOS POR MOTO, QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO DE OMBRO E E BACIA. NEGA TCE NAUSEAS VOMITOS OU CERVICALGIA. ECG 15;

Antecedentes

DM: SIM NÃO

HAS: SIM NÃO

Alergia: SIM NÃO

Medicamentos: SIM NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
--------	------------	-------------------------	-----------

Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
---------	--------	------------	------------

Eupnéxico	Afebril	Sem Edemas
-----------	---------	------------

ACV.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AR.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AD.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

SN.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADO

SGU.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

ORL: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

Pele: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AP. Locomotor: EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA
 OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			20					

IPAS
Instituto de Pronto Atendimento da Assitência à Saúde
Dr. Marcello Silveira
Médico de Família

ARUANA SERRADORA
14 AGO 2019

Avenida Marechal Mascarenhas de Morais - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328
UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1739728 Data: 02/06/2019 20:32
Usuário...: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 560233 - JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Días(s) Int
Médico....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.../
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: URGENTE

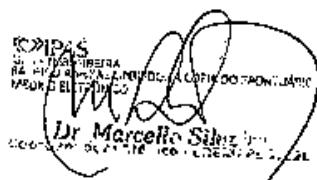
Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 CETOPROFENO IM SOLINJ 100MG - 2ML > SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	AMP		IM	Agora	[02/06] 20:32
2 DIPIRONA SÓDICA SOLINJ 10G - 2ML > SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	AMP		IM	Agora	[02/06] 20:32

ARLINDA SECURADORA

12 AGO 2019



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1739729 Data: 02/06/2019 20:33
Usuário....: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 560238 - JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) int
Médico....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: M798 DOP EM MEMBRO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P / PERFIL / AXIAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33
3 RX BACIA A.P / PATA DE RA; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33
4 RX JOELHO ESQUERDO A.P. / LATERAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33

KZIPAS
UPA IMBIRIBEIRA
SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
MSDOL ELETRÔNICO

Dr. Marcello JCS
Coronel Siqueira - RJ - Brazil

ARIANA SIQUEIARA

12 AGO 2019

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1739727 Data: 02/06/2019 20:32
Usuário....: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 560233 - JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/08/2019 20:23 0 Dias(s) Int
Médico....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.:/
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

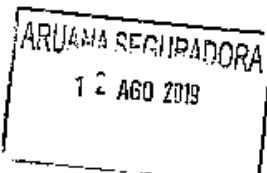
Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TRANSFERENCIA	1					[02/06] 20:32

DR. JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CONSELHEIRO TUTELAR DO DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO JUVENIL
Dr. Marcello JCS
Coordenador de Atendimentos e Consultas, 1122



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

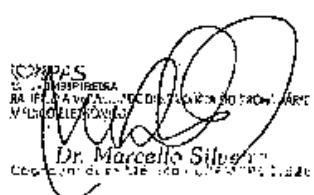


TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

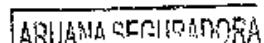
Nome do Paciente: JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Data de Nascimento: 15/05/1969 Data Atendimento: 02/06/2019
Prontuário: 0000560233 Cód. Atendimento: 01236224
Nome do Hospital: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
Senha: 5697493
Transporte: Ambulância Básica Ambulância Avançada Próprio
 Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE TRAZIDA POR SAMU EM PRANCHA RÍGIDA E IMOBILIZAÇÃO CERVICAL APÓS POR MOTO, QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO E E BACIA, NEGA TCE NAUSEAS VOMITOS OU CERVICALGIA. ECG 15;
RATO X: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Recife, 02 de Junho de 2019

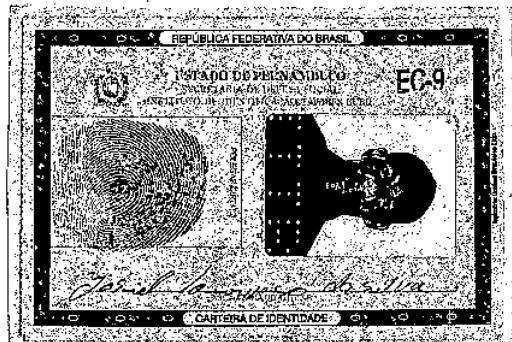
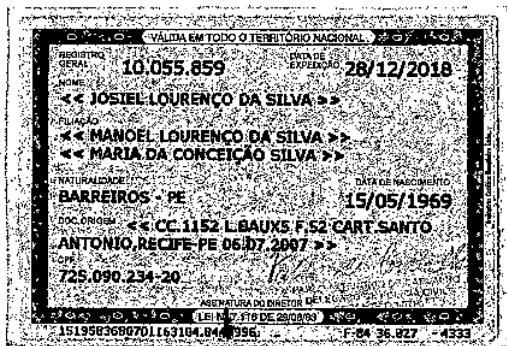
Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

Dr. Marcello Silveira
Cirurgião-Dentista - Mestrado em Odontopediatria



ARUANA SECRETARIA

12 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 15:15:14
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100715151428600000067848610
Número do documento: 20100715151428600000067848610

Num. 69187644 - Pág. 19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN-PE N.º 015101062565
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	CORRENTE AMARAL	DATA	EXERCÍCIO
1	1051674000		2019
NOME			
JOSÉ LUIZ FLORENCIO DANTAS			
RECIFEE PE			
725-630-584	PLACA	BCH5776	
PLACA ANTIGA		CHASSIS	
BCH5776		BCH5776	
TIPO DE VEÍCULO			
MOTOCICLETA			
COMBUSTÍVEL			
GASOLINA			
MARCA/ MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
YAMAHA/ FAZER YZF50	2015	2015	
CAP/ POT/GIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
28/2490L	BASIC	BRANCA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2019: QUITADO		12/07/19	
FAIXA IPVA		PAGAMENTO/ COTAS	
A		12/07/19	
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$) I OFERTA PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
0,00 11.133,90 R\$ 11.133,90 12/07/19			
OBSERVAÇÕES			
A MOTO YAMAHA ADM CONS LTDA (YAMAHA) - RECIFE PE (PE) (PE) (PE) (PE)			
RECIFEE PE			
DATA			
12/07/19			

ARIANA SODRADA

12 AGO 2019





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Josiel Lourenco da Silva
 DATA DO ACIDENTE 02/06/2019 CPF DA VITIMA 725.090.234-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ✓ VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Amsterdam
nº 344, complemento B BAIRRO Jardim Ipiranga
 CIDADE Recife UF PE CEP 54470-220
 E-MAIL (81) 98555-8297

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- 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 CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETMIM 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOVAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MORTE = R\$ 32.400,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM FAIXA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPRAHADAS.

- 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, ACESE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 02/08/2019IDENTIDADE JO. 055.859ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO DA SEGURADORA

DATA 14 AGO 2019NOME Nathalia F. SoárezASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275562/19

Vítima: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

CPF: 725.090.234-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSIEL LOURENCO DA SILVA : 725.090.234-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 12/08/2019
Nome: JOSIEL LOURENCO DA SILVA
CPF: 725.090.234-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

JOSIEL LOURENCO DA SILVA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

