



Número: **0059465-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO (AUTOR)		BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO) LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69643 151	16/10/2020 16:04	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, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190411577

Vítima: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

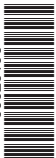
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14528695

Pag. 00199/00200 - carta_01 - INVALIDEZ

00020100





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, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190411577

Vítima: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

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 sequelas definitivas, 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

Pag. 00055/00056 - carta_04 - INVALIDEZ

00060028



Carta nº 14564734



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: 03094556426 Nome completo da vítima: Jornalista Antônio do Nascimento

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

Nome completo: Jornalista Antônio do Nascimento CPF: 03094556426

Profissão: Recusado: Conselheiro Nacional Rodrigues Número: 67 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Gravata Estado: PE CEP: 55642-240

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 99228-5097

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 45039

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 pedido, a 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, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítila 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: _____ Vítila deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítila 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: Gravata 30 junho 2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jornalista Antônio do Nascimento

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): Jornalista Antônio do Nascimento

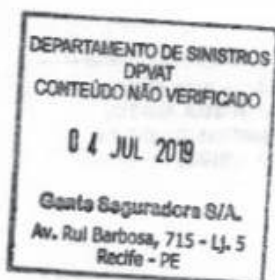
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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

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



532899



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62ªCIRC
DINTER/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152002459**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/06/2019** às **08:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/5/2019** às **19:18**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO AO PÓLO MOVELEIRO** - Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
SILVANA TORRES GALINDO (OUTRO)
JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

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

SILVANA TORRES GALINDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO OLIVEIRA** Pai: **JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **8/4/1979** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 67, RUA CONSELHEIRO MANOEL RODRIGUES ALVES; NS DAS GRAÇAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO YAMAHA XTZ150 PLACA PCB-1556 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SILVANA TORRES GALINDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 150 CROSSER E** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB-1556 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

14/06/2019 08:2



Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTO YAMAHA XTZ150, COR AZUL, PLACA PCB-1556, PRÓXIMO AO PÓLO MOVELEIRO, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, "TRANCOU" A SUA MOTO, PROVOCANDO O ACIDENTE. NO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU A QUEBRA DO DEDO "MINDINHO" DO PÉ DIREITO, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA APRESENTADA NESTA DEPOL.

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

Janailson Antonio do Nascimento
JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DEISE BARBOSA FIGUEROA FARIA** - Matrícula: **3875113**



14/06/2019 08:00



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: 03094556426 Nome completo da vítima: Jornalista Antônio do Nascimento

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

Nome completo: Jornalista Antônio do Nascimento CPF: 03094556426

Profissão: Recusado: Conselheiro Nacional Rodrigues Dias Número: 67 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Gravatá Estado: PE CEP: 55642-240

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 99228-5097

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 45039

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 pedido, 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, 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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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: Gravatá 30 junho 2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

2º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS



61-12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 384562
PACIENTE: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO
GENITORA: MARIA DO CARMO OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO: 08/04/1979 IDADE: 40
ENDEREÇO: CONCELHEIRO MANUEL RODRIGUES ALVES
BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRACAS CIDADE: GRAVATA
PONTO DE REFERENCIA: PROX A ANTIGA DAFONTE
DATA: 28/05/2019
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 19:18
CNS:
TELEFONE: (81) 9979-8933
SEXO: Masculino COR: Parda
Nº: 59
UF: PE CEP: 55640-01
ACOMPANHANTE: SILVANA ESOOSA

HDA

Trama Contusa e no Duro,
Após o corte, - Exclutiva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

EXAME FÍSICO

Regulador, LTR, APT, Exame: 19

conferi original

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.
13/06/19

EXAMES SOLICITADOS

Rx de pulmão

HD

CID

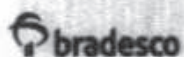
MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/10/2020 16:04:18
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101616041829100000068291791>
Número do documento: 20101616041829100000068291791



09/04/2019

Banco Bradesco S/A



| 237-2 |

2379415009 91510.607566 16000.224507 9 0000000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Secador/Assista

Valor Original	Valor de Desconto	Valor de Juros e Multas	Valor de Encargos	Valor Total
154007,50	101,88	100,00	0,00	154007,50
Parcela de Desconto de 10% (101,88)				
Parcela de Desconto de 10% (101,88)				
Parcela de Desconto de 10% (101,88)				
Parcela de Desconto de 10% (101,88)				
Parcela de Desconto de 10% (101,88)				
Parcela de Desconto de 10% (101,88)				
Parcela de Desconto de 10% (101,88)				
Parcela de Desconto de 10% (101,88)				
Parcela de Desconto de 10% (101,88)				

Total: 154007,50

Data de Vencimento: 09/04/2019

Data de Emissão: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

LEGAL ADVICE

This message is exclusively destined for the person to whom it is directed, and it can have private and/or legally confidential information. If you are not addressee of this message, since you are not advised to not release, copy, distribute, check or, otherwise, use the information contained in this message, because it is illegal. If you received this message by mistake, we ask you to return this email, making positive, as soon as possible, the elimination of its contents of your database, registrations or control system. The message that bears any mandatory link, issued by someone who has no representation powers, shall be null and void.

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Secador/Assista

Valor Original	Valor de Desconto	Valor de Juros e Multas	Valor de Encargos	Valor Total
----------------	-------------------	-------------------------	-------------------	-------------

Total: 154007,50

Data de Vencimento: 09/04/2019

Data de Emissão: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

Data de Pagamento: 09/04/2019

Data de Recebimento: 09/04/2019

Data de Cancelamento: 09/04/2019

Data de Exatidão: 09/04/2019

Data de Liquidação: 09/04/2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

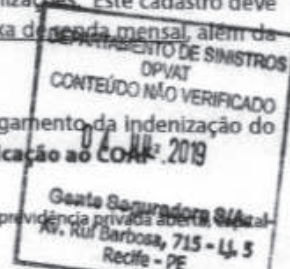
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.



Pelo exposto, eu Gleyson Santana de Amaral inscrito (a) no CPF 847.705.894 / 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jamailson Antonio do Nascimento inscrito
(a) no CPF sob o Nº 030945564 / 26 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 030945564 / 26 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Rivaldo Baltar</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Gravatá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>8199258-5097</u>

Gravatá 01 de Julho de 2019
Local e Data

Gleyson Santana de Amaral
Assinatura do Declarante



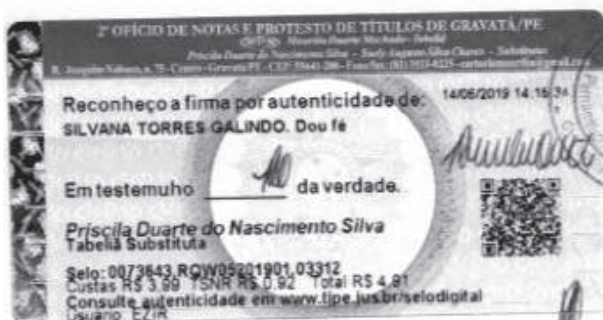
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvana Torres Galindo,
RG nº 5.702.326, data de expedição 06/01/14,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 034.311.134-94, com
domicílio na cidade de Gravatá, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Consulheiro Manoel Rodrigues Alves, nº 67,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Janailson Antonio do Nascimento cujo o condutor era
Janailson Antonio do Nascimento
Veículo: PAS MOTOCICLETA
Modelo: YAMAHA/XT2 150 CROSSER
Ano: 2018
Placa: PCB 1556
Chassi: 9C6DG2540J0009521
Data do Acidente: 28/05/19
Local e Data: Gravatá, 14-06-2019



Silvana Torres Galindo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS



61-12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 384562
PACIENTE: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO
GENITORA: MARIA DO CARMO OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO: 08/04/1979 IDADE: 40
ENDEREÇO: CONCELHEIRO MANUEL RODRIGUES ALVES
BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRACAS CIDADE: GRAVATA
PONTO DE REFERENCIA: PROX A ANTIGA DAFONTE
DATA: 28/05/2019
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 19:18
CNS:
TELEFONE: (81) 9979-8933
SEXO: Masculino COR: Parda
Nº: 59
UF: PE CEP: 55640-01
ACOMPANHANTE: SILVANA ESOOSA

HDA

Tramada Contusa e no Duro,
Após o corte, - Exclutiva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

EXAME FÍSICO

Regulador, LTR, APT, Exame: 19

conferi original

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.
13/06/19

EXAMES SOLICITADOS

Rx de joelho direito

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/10/2020 16:04:18
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101616041829100000068291791>
Número do documento: 20101616041829100000068291791



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

06/10/2020 28
94,9% 10

gi

Dr. Carlos Frac.
(Médico)
CRM 74.874

20:40
concluído
386458



ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

CPF: 5526137 887 FX

DATA NASCIMENTO: 09/04/1979

PLACAS: JONE ANTONIO DO NASCIMENTO

RENTO: MARIA DO CARMO OLIVEIRA

PERMITECO: 1823900513

PLACA: 05420600334

DATA EMISSÃO: 05/07/2019

DESTINAÇÃO: []

Janailson Antonio do Nascimento

LOCAL: GRAVATA, PE

DATA EMISSÃO: 20/05/2019

Roberto Antonio do Nascimento

211902587606

75052713726

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014084464860
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO. RENAVAM ENTR. EXERCÍCIO
1 1175215882 ***** 2018

PLACA
SILVANA TORRES GALINDO

GRAVATA-PE

CFCSP PLACA
034.311.134-94 PCB1556

PLACA RNT/UF CHASSI
***** PCSDG2540J0009521

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
TAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
YAMAHA/XTE150 CROSSER 2 2018 2018

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
22/149CL PARTIC AZUL

COTA ÚNICA INTENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1ª *****
PAGA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
A 1 ***** 3ª *****

PRÊMIO TAFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA

AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA

LOCAL DATA
GRAVATA-PE 17/12/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190411577 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/05/2019 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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.

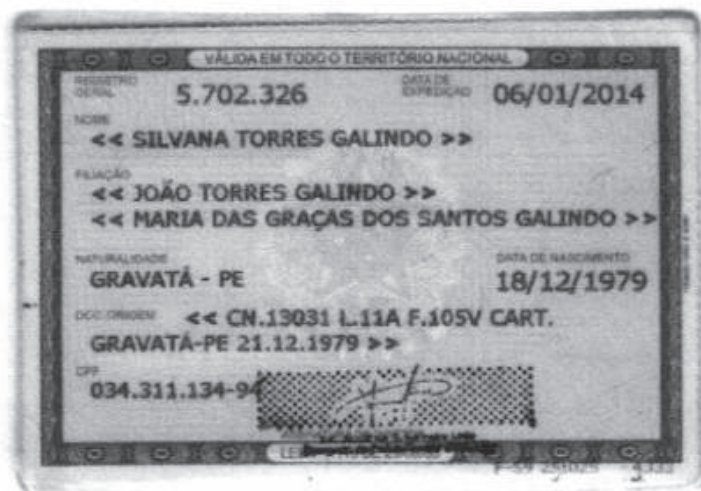
DANOS

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





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:
PERMANENTE

DATA DO ACIDENTE 28/05/2019

sinistro: INVALIDEZ

NOME: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

RG: 5.526.137 SSP/PE

CPF: 030.945.564-26

Estado Civil: DIVORCIADO

Profissão: SERVENTE MARCINEIRO

Endereço: RUA: CONSELHEIRO MANOEL RODRIGUES ALVES N: 67 Bairro: CENTRO

GRAVATA / PE CEP: 55642-240, neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

N:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

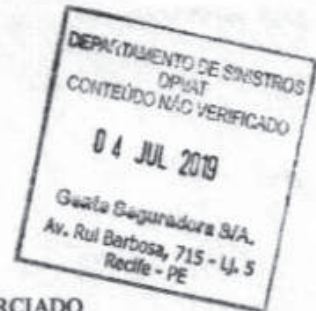
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

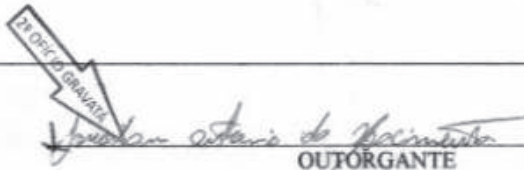
Est. Civil: DIVORCIADO

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.


OUTORGANTE

A Rogo:
Testemunhas:

GRAVATA, 14, junho, 2019
Local e Data



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0224952/19

Vítima: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

CPF: 030.945.564-26

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/05/2019

Titular do CPF: JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

JANAILSON ANTONIO DO NASCIMENTO : 030.945.564-26

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: 04/07/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Marta Marinho dos Santos

