



Número: **0042075-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado	
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO (AUTOR)			PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)				
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)				
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento		Tipo
70355804	30/10/2020 14:06	ANEXO 1		Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421489 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO NO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA E SUTURAS - NO HÁLUX DIREITO); DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.
PÁG 1/4

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190421489

Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RINALDO JOSE ARRUDA 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 14559922

Pag. 00589/00590 - carta_01 - INVALIDEZ





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: 3190421489

Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RINALDO JOSE ARRUDA 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. 01801/01802 - carta_04 - INVALIDEZ

00050901



Carta nº 14570424



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: 28977882591 Nome completo da vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

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

Nome completo: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO CPF: 28977882591
 Profissão: RECUSA Endereço: RUA FORRES GALVÃO Número: 628 Complemento: CASA
 Bairro: CAETES VELHO Cidade: ABREU E LIMA Estado: PE CEP: 53560-110
 E-mail: RECUSA Tel.(DDD): 81 985492354

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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3122 CONTA: 00035305 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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: _____ 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.

Local e Data: ABREU E LIMA 09 DE JULHO DE 2019
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: 05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
 Assinatura: 10 JUL 2019
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
 Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 82ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGARASSU
DP29°CIRC DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E011900019

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/02/2019
09:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 9/5/2018 às 14:55

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE IGARASSU, 91, RODOVIA BR 101
NORTE, KM-42, CENTRO, IGARASSU - Bairro: CENTRO -
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL - Fonte de Referência: DEFRENTE AO
BAR DOS AMIGOS E DEPOIS DO POSTO SERTA
Lado do Fato: RODOVIA FEDERAL / BR 101 NORTE, KM: 442

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DO VEÍCULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA (AUTOR / AGENTE)
JOSE CLAUDIO CAVALCANTE DE LIMA (DIÁRIO)
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(s) Sr(a):
MOTORISTA DO VEÍCULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA
VEÍCULO (usado na geração da ocorrência), que esteve em posse de(s) Sr(a):
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

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

RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: FRANCISCA GUILHERMINA DE ARRUDA Pai: JOSE PRESILIO DO
NASCIMENTO Data de Nascimento: 28/04/1995 Nacionalidade: SURUJIM / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 2234288/2009/PE (RG); 32577882531 (CPF); 61884847248 (CNH)
Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA
Telefones Celulares:
853287422

Endereço Residência: BAIRRO DE CAETES VELHO (BAIRRO), 628, RUA TORRES GALVÃO,
628, ANHEU E LIMA-DE, - CEP: 55050-000 - Bairro: CAETES VELHO - ANHEU E
LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

MOTORISTA DO VEÍCULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA (não presente ao

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10.07.73
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

21/02/2019 09:18



plântão) - Sexo: **MASCULINO** Mãe: O Pai: O Nascimento: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **MOTORISTA**

JOSE CLAUDIO CAVALCANTI DE LIMA (não presente no plântão) - Sexo: **MASCULINO** Mãe: O Pai: O Nascimento: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07477542488 (CPF)** Estado Civil: **ANULADO(A)** Raciocínio: **T. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **987466168**

Endereço Residência: **RUA MARIA DAS DORES, 61 - CEP: 0 - Bairro: CRUZ DE RESOUCAS - IGARASU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO I MOTO PLACA PEI-382E (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **JOSE CLAUDIO CAVALCANTI DE LIMA**, que estava em posse do(s) Sr(s): **RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEI-382E (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **108668867** Chassi: **SC2M012060R088488**
Ano: **2010** Modelo: **2010**

VEICULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **MOTORISTA DO VEICULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA**, que estava em posse do(s) Sr(s): **MOTORISTA DO VEICULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEIL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O COMUNICANTE QUE ESTAVA SE DESLOCANDO COM O VEICULO MOTO DE PLACA PEI-382E, PELA RODOVIA BR 161 NORTE, SENTIDO GOIANA-PE, QUANDO FOI ABALROADO PELO VEICULO II, QUE NÃO FOI ANOTADA A PLACA NEM DADOS DO CONDUTOR, QUE A VITIMA SE MACHUCOU E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO, ONDE DEU ENTRADA SOB N° DE PRONTUARIO 108888.

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

Rinaldo José Arruda do Nascimento
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

S.O. registrado por: **ANTONIO MIGUEL NEVES** (Assinatura)

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2020

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

21/03/2019 07:00



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: 28977882591 Nome completo da vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

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

Nome completo: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO CPF: 28977882591
 Profissão: RECUSA Endereço: RUA FORRES GALVÃO Número: 628 Complemento: CASA
 Bairro: CAETES VELHO Cidade: ABREU E LIMA Estado: PE CEP: 53560-110
 E-mail: RECUSA Tel.(DDD): 81 985492354

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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3122 CONTA: 00035305 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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: _____ 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 habilitado

Local e Data: ABREU E LIMA 09 DE JULHO DE 2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: 05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
 Assinatura: 10 JUL 2019
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
 Assinatura: _____





Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Metropolitano Igarassu



Igarassu 28 de junho de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Rinaldo José Arruda do Nascimento, R.G. nº 2834296 SSP-PE, C.P.F. 289.778.285-91, residente e domiciliado na Rua Torres Galvão nº 628, Caetés Velho, Abreu-Lima, foi atendido pelo SAMU METROPOLITANO DE IGARASSU no dia 09/05/18 às 14h55mim, ocorrência nº S474702, vítima de acidente moto, acidente ocorrido na BR 101, s/n Igarassu, o mesmo foi removido para Hospital do Espinheiro.


Dra. Roberta Pereira da Silva Ummen

Enfermeira e Coordenadora do SAMU Igarassu

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Tarifa Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TORRES GALVAO 628

CPF: 289.778.825-91 NIS: 12157040821

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18/03/2019

Rua da Aurora, 189/175, SL 902 BL. 2
Boa Vista - CEP: 50.000-070
OFFICIN

CAETES VELHO/ABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53560-110

CONTA CONTRATO

0848947032

RECEBIMTO

05/2019

DATA DE VENCIMENTO

30/05/2019

DATA PAGAMENTO PRECATORIO LITIGIOSA

21/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

94,78

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
063159884	ÚNICA	23/05/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/05/2018	2000429106	63584



BANCO ITAUCARD SA

| 341-7 | 34191.75306 03194.672527 50451.630003 1 000

Nome do Pagador/CNPJ/CPF

SONIA MARIA LIN / 592.589.004-30

Nosso Número

175300319467

Recibo do Pagador

Vencimento

11/07/2019

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

BANCO ITAUCARD SA / 17.192.451/0001-70

ALAMEDA PEDRO CALIL 43 CENTRO POÁ SP

Nr. Documento

5358580064025304

Valor do Documento

2.328,96

BANCO ITAUCARD SA

| 341-7 | 34191.75306 03194.672527 50451.630003 1 000

Local de Pagamento

PAGAVEL EM QUALQUER AGENCIA.ATE O VENCITO.

Data de Vencimento

11/07/2019

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

BANCO ITAUCARD SA / 17.192.451/0001-70

ALAMEDA PEDRO CALIL 43 CENTRO POÁ SP

Agência/Ced.beneficiário

2525/04516-3

Data do Documento

11/07/2019

Número do Documento

5358580064025304

Espécie Doc

FT

Aceite

N

Data Processamento

11/07/2019

Nosso Número

175300319467

Uso do Banco

Carteira

175

Espécie

R\$

Quantidade

Valor

(-)Valor do Documento

2.328,96

(-)Desconto/Abatimento

(+)-Juros/Multa

(-)Valor Cobrado

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

SONIA MARIA LIN / 592.589.004-30

R ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338 CENTRO IGARASSU PE 53610-433

Sacador Avalista:

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGH CINS DE SOUZA inscrito (a) no CPF/CNPJ 042760234 / 32
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 289778825/91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
A MESMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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>RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO</u>		Número	<u>338</u>	Complemento	<u>CASA</u>	
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>JGARASSU</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>53610433</u>
Email	<u>RECUSA</u>			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		<u>81985492354</u>

JGARASSU, 05.802.494/0001-41 de 18/11/2019 de 2019
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Local e Data

Hanse Lindbergh Cins de Souza
Assinatura do Declarante
Boa Vista - PE
RECIFE-PE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/08/2018 08:30

Paciente: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 20/04/1965	Atendimento: 15472588	Prontuário: 2585686
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300211/2	
Profissional(is): ISAAC S TORRES CRM 19664 [1]	Nº: 09214480	09/05/2018	às 16:07

ANAMNESE

Queixa Principal TRAZIDO POR SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 2 HORAS [1]
TRAUMA EM MID, HEMITORAX DIR, OMBRO DIR, ANTEBRAÇO ESQ
USAVA CAPACETE, NEGA DESMAIO OU VOMITOS
ECG15, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, ESCORIAÇÕES EM MEMBROS

Queixa Principal

CID10 R52 DOR NCOP [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral TRAZIDO POR SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 2 HORAS [1]
TRAUMA EM MID, HEMITORAX DIR, OMBRO DIR, ANTEBRAÇO ESQ
USAVA CAPACETE, NEGA DESMAIO OU VOMITOS
ECG15, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, ESCORIAÇÕES EM MEMBROS

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 R52 DOR NCOP [1]

CID10 R52 DOR NCOP [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10/11/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bom Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/08/2018 08:31

Paciente:	RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.:	20/04/1965	Atendimento:	15472588	Prontuário:	2585686
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO EMERGENCIA - HE	Leito:	300211/2		
Profissional(is):	ISAAC S TORRES CRM 19664 [1]			Nº:	09215019	09/05/2018	às 16:58
ANAMNESE							
Queixa Principal	FRATURA FECHADA DE CLAVICULA DIREITA, NEUROVASCULAR MSD PRESERVADO / CD=TIPOIA, ORIENTAÇÕES, ANALGESIA, SADT PARA AMBULATORIO DE CIRURGIA DO OMBRO / AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL (TRAUMA TORÁCICO).						[1]
Queixa Principal							
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>						[1]
CID10	S420 FRAT DA CLAVICULA						[1]
	99						[1]
EXAME FÍSICO							
Aspecto Geral	FRATURA FECHADA DE CLAVICULA DIREITA, NEUROVASCULAR MSD PRESERVADO / CD=TIPOIA, ORIENTAÇÕES, ANALGESIA, SADT PARA AMBULATORIO DE CIRURGIA DO OMBRO / AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL (TRAUMA TORÁCICO).						[1]
DIAGNÓSTICO							
CID10	S420 FRAT DA CLAVICULA						[1]
CID10	S420 FRAT DA CLAVICULA						[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE							

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 JUL 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/08/2018 08:32

Paciente: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 20/04/1965	Atendimento: 15472588	Prontuário: 2585686
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300211/2	
Profissional(is): ANN CIBELLE DA SILVA ARRUDA COREN 728108 [1]	Nº: 09215147	09/05/2018	às 17:09
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		PROFENID IV FRAP 100MG EV ADMINISTRADO AS 17:09, EM 09/05/2018 RESP. ANN CIBELLE DA SILVA ARRUDA, COREN/PE 728108. [1]	
		DAPIRONA AMPL 1000MG EV ADMINISTRADO AS 17:09, EM 09/05/2018 RESP. ANN CIBELLE DA SILVA ARRUDA, COREN/PE 728108.	
CONTROLE VITAIS			
Administrado Medicamento Conforme Prescrição Médica, Segue Sem Queixas		Sim [1]	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/08/2018 08:32

Paciente: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 20/04/1965	Atendimento: 15472588	Prontuário: 2585686
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300211/2	
Profissional(is): ISAAC S TORRES CRM 19664 [1]	Nº: 09215449	09/05/2018	às 17:35
ANAMNESE			
Queixa Principal	REALIZADA LIMPEZA, DEBRIDAMENTO, SUTURA DE FERIMENTO CONTUSO EM HALUX DIR [1]		

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

DATA DO ENVIO: 09/05/2018

D

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2834296 SSP PE

CPF DATA NASCIMENTO
289.778.825-91 20/04/1965

FILIAÇÃO
JOSE PRESILIO DO
NASCIMENTO
FRANCISCA GUILHERMINA
DE ARRUDA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01864847240

VALIDADE
28/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
10/03/1988

OBSERVAÇÕES

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Rinaldo Jose Arruda do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
02/12/2013

Rodrigo Carvalho

ASSINATURA DO EMISSOR

26411604092
PB026297680

DETRAN - PB (PARAIBA)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA CIVIL

MAKKE LINDENROST LINS DE SOUZA

CPF: 5952094-800-28

DATA NASCIMENTO: 02/03/1981

ENDEREÇO: WILLIAM LINDENROST GAB. N° 111 DE SOUZA, RUA MARIA LINS DE SOUZA, N° 111, JARDIM

PROFISSÃO: ENFERMEIRO

ALICATA: 11/12/2018

VALIDADE: 30/05/2022

OBSERVAÇÕES:
 CATIVE
 ESE

Assinatura de Makke Lindenrost Lins de Souza

LOCAL: PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO: 12/12/2017

ASSINATURA: Carlos Antonio Silva Mendes

IDENTIFICAÇÃO: 1780142864

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 10.11.2019
 Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 REC/FF-PF



[illegible]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

CARTA

À SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT

SINISTRO Nº 289.778.825-91

DE: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

ASSUNTO: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO COM A FIRMA RECONHECIDA POR
AUTENTICIDADE EM CARTÓRIO
(EXIGÊNCIA)

Prezado(a)s,

Em atendimento a Vossa exigência, venho por meio desta informar que, toda a documentação elencada em Lei para o recebimento do seguro DPVAT já foi enviada a essa conceituada empresa, não tendo qualquer cabimento a nova exigência administrativa da declaração do proprietário do veículo, com a firma reconhecida em cartório por autenticidade, já que o mesmo encontra-se em local incerto e não sabido e/ou está se recusando para tanto. Ademais informo que, caso a seguradora Líder entenda necessária, seja realizada a auditoria competente, no intuito de ser ratificada todas as informações constantes no(s) documento(s) já apresentado(s).

Diante desta situação, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários, bem como que, não sendo dada uma solução para este impasse, tomarei as medidas judiciais cabíveis, tendo em vista que todos os documentos mencionados em Lei para o recebimento do seguro DPVAT já foram devidamente enviados, não podendo, destarte, a norma administrativa sobrepor-se ao dispositivo Legal.

Sem mais, fico no aguardo!

Igarassu (PE), 25 de junho de 2019.

Rinaldo Jose Arruda do Nascimento

RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10.11.2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421489 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO NO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA E SUTURAS - NO HÁLUX DIREITO); DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.
PÁG 1/4

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO
IDENTIDADE: 2834296 CPF: 28977882591
ENDEREÇO: RUA TORRES GALVAO Nº 628 CAETES VELHO.
ABREV E LIMA - PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 5962094 CPF: 04276023432
ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO Nº 338
CENTRO - JGARASSU - PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório-DPVAT.

ABREV E LIMA, 16 de JULHO de 2018



x Rinaldo Jose Arruda do Nascimento

= Assinatura do Outorgante =

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10.11.2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RFEFF-PE

Por autenticidade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233295/19

Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

CPF: 289.778.825-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/05/2018

Titular do CPF: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA : 042.760.234-32

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

RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO : 289.778.825-91

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: 10/07/2019
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Carolyn Lins Veloso

