



Número: **0032154-39.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/07/2020**

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	
ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70356532	30/10/2020 14:14	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190058697

Vítima: ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

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 13866789

Pag. 01209/01210 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190058697**

**Vítima: ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR**

**Data do Acidente: 06/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01889/01890 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050945



Carta nº 13875043





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190058697

Vítima: ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01839/01840 - carta\_04 - INVALIDEZ

00040920



Carta nº 13905567





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima: 076.104.684-44 Brock Fox de Lima Junior  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDAMENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO): CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Brock Fox de Lima Junior CPF: 076.104.684-44  
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Otto de Naves Número: 917 Complemento: Casa  
Bairro: Quilás Empiadas Cidade: Colímbia Estado: PE CEP: 53160-340  
E-mail: (81) 3011-3224

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

REDA MENSAL: ☒ RECLUSO 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) ☐ Itau (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 021667  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora 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 a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinale uma das opções:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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 sequelas 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 renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem este 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.

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não afibulado  
Local e Data: Colímbia, 18.12.2018  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Brock Fox de Lima Junior  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: 05.802.494/0001-11  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: 23.104.749  
Rua da Aurora, nº 175, St. 302 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 53020-110  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Boa Vista - CEP: 53020-110

(\*) 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 de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







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

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23 114 3014  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC  
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115004850**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às **09:42**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **6/10/2018** às **04:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 1 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A CASA LOTÉRICA**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR**

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

**ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **REGINA MARIA BATISTA DE LIMA** Pai: **ENOCK JOSÉ DE LIMA** Data de Nascimento: **5/11/1989** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7165492/SDS/PE (RG), 07510468444 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 986601872**

Endereço Residencial: **RUA OITO DE MAIO, 317 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO (VEÍCULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEA4316 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Descrição: **PROPRIEDADE DE PAULO VICTOR BEZERRA DA SILVA**

Complemento / Observação

30/10/2018 10:37

4a ?



INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA PELA LOCALIDADE JÁ INFORMADA QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRARIO, VINDO A VÍTIMA A CAIR NO CHÃO E FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA UPA DE OLINDA.

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

*Enock José de Lima Júnior*

ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Tito Flavio de Almeida Pires Falcao* - Matrícula: 220.926-8



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 JAN 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

19 DEZ 2018  
23 JAN 2019

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







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 076.104.684-44 Nome completo da vítima: Brock José de Lima Júnior

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

Nome completo: Brock José de Lima Júnior CPF: 076.104.684-44

Profissão: Advogado Endereço: Rua Vitor de Meo Número: 317 Complemento: Casa

Sigla: ACQUAS COMPULSAS Cidade: Uelândia Estado: PE CEP: 53160-300

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel./DDD: (81) 3011-3224

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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 - ASSINATELHAR 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: 0049 ☐ CONTA: 221667 ☒

(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 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 contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Gráu 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 nascido (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: Uelândia, 18.12.2018

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

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: 05.802.494/0001-11

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: 23.184.729

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 53160-300

Boa Vista - CEP: 53160-300

Boa Vista - CEP: 53160-300

(\*) 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 de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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





Atendimento: 1360918

Data e Hora: 08/10/2018 07:48

Senha de Classificacao:

**0030**

Paciente: 15688 ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/11/1989 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: REGINA MARIA BATISTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: OITO DE MAIO

317

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53180360

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissao:

CPF (Cadastro de Pessoa Fisica):

Fone: (81) 86601872

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissao CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

*Passagem int. de acidente motorciclista -  
tubo no freio da Usina Capote  
sem FEE - Glasgow B. Refere dor no P. C.*

Exame Fisico

*Edema e equimose em membros inferiores.  
EX: FX sem laceracao de FE em Humer. D.  
FX sem laceracao de FE de S. D.*

Hipotese Diagnostico

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

*1. Fexofenadina + SPLINT - Humer. +  
2. Fexofenadina + SPLINT - Humer. +  
3. Fexofenadina + SPLINT - Humer. +  
4. Fexofenadina + SPLINT - Humer. +  
5. Fexofenadina + SPLINT - Humer. +*

Destino:

Transferido:

Para:

Encaminhado para Ambulatorio (A) Residência

Senha:

Carimbo Médico

**IMOBILIZAC**



1360918



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

**Carta**  
NOTÍCIA - CIRCULAR  
DETRAN-PE

**Correios**  
Boa Freguesia  
24/09/2018

**Boleto de Pagamento de Licenciamento 2018**  
Veículos Usados

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
SECRETARIA DAS CIDADANES  
SECRETARIA DA FAZENDA  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

**ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR**  
RUA QITO DE MAIO 317  
CASA  
AGUAS COMPRIDAS  
53160-360 OLINDA PE

**PFW1839** **HONDACG 150 FAN ESI**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23 JAN 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 SUSEP 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<sup>1</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho 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 Renato Nogueira dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.382.254/37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Enock dos de Lima Junior inscrito (a) no CPF sob o nº 076.104.684/44 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel de 2 da Vítima Enock dos de Lima Junior inscrito (a) no CPF sob o nº 076.104.684/44, 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		Número	Complemento
<u>Praça Fernandes Azeite</u>		<u>21</u>	<u>B</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Ad. Atlântico</u>	<u>Olinda</u>	<u>PE</u>	<u>53140-300</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
<u>MRASSECOPIAPENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>		<u>(81)3011-3224</u>	<u>8894-8263</u>

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 JAN 2019

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

RECIFE-PE

DLDR1.001 V001/2017

Olinda 18 de 12 de 2018

Local e Data

Renato Nogueira dos Santos  
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
19 DEZ 2018  
23 JAN 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO VICTOR BEZERRA DA SILVA,  
RG nº 6906101, data de expedição 04/06/01,  
Órgão SDS, portador do CPF nº 063.438.284-51 com  
domicílio na cidade de OLINDA, no Estado de  
PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA DO AMANHECER, nº 285,  
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 ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR, cujo o condutor era  
ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR.  
Veículo: 2AS MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA / CB 160 FAN  
Ano: 2018  
Placa: PEA 4316  
Chassi: 9C2KC22005R165531  
Data do Acidente: 06-10-2018  
Local e Data: CAIXA D'ÁGUA

Assinatura do Declarante

Enock José De Lima Júnior

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

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23 JAN 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

12 Cartório de Notas de Olinda

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) apostada(s) na minha presença de  
PAULO VICTOR BEZERRA DA SILVA  
Olinda, 23 de outubro de 2018, 10:10:12.

Praca de Carmo, N. 15

ENOCK JOSÉ DE LIMA JÚNIOR

de verdade,

Samuel Lima da Silva (Escrivente Autorizado)

Enol.: R\$ 7,18 TBN: R\$ 2,40 Total: R\$ 9,58

Válido somente com o selo 0973502.0M10001802.00021 e 0973502.0M10001802.00022  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



Atendimento: 1360918

Senha da Classificação:

0030

Data e Hora: 06/10/2018 07:48

Paciente: 15688 ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/11/1989 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: REGINA MARIA BATISTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: OITO DE MAIO

317

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53160360

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoas Físicas):

Fone: (81) 96601872

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Passagem interna de acidente motorizado -  
- Acidente no trânsito. Usou capacete.  
- Em FEE - Olinda - PE. Refere dor no P. C.

Exame Físico

Edema e equimose em região anterior do  
- EX: FX sem laceração de PE em Humeros  
- FX sem laceração de PE de S. P. B.

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

1) FEE + SPLINT em Humeros +

2) FEE + SPLINT em Humeros +

3) FEE + SPLINT em Humeros +

4) FEE + SPLINT em Humeros +

5) FEE + SPLINT em Humeros +

Destino:

Transferido:

Para:

Encaminhado para Ambulatório (A) Residência

Senha:

Carimbo Médico

IMOBILIZAC



1360918





## 4 HORAS - OLINDA

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 06/10/2018 07:03

Nome Paciente: ENOKE JOSE DE LIMA JUNIOR  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 28  
Senha: 0030  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 06/10/2018 07:37 - 06/10/2018 07:38

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE  
Cor: VERDE

Queixa Principal: TRAUMA EM MIE

Observação: ALERGIA: NEGA  
HAS -  
DM -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

19 DE7 2019

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

Acolhido(s) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/10/2018 07:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL**

**SENHOR JOSÉ DE LIMA JUNIOR**

**CPF: 7185438-888-25**  
**RG: 078.194.484-64**  
**DATA NASCIMENTO: 03/11/1968**

**PLACA: SENHOR JOSÉ DE LIMA**  
**SENHORA MARIA BATISTA**

**PROFISSÃO: [ ]**  
**GRUPO SANG: [ ]**  
**CEP: [ ]**

**DATA: 04/03/2012**  
**LOCAL: 05/12/2012**  
**ASSINATURA: [ ]**

**SENHOR JOSÉ DE LIMA JUNIOR**

**PROFISSÃO: [ ]**  
**GRUPO SANG: [ ]**  
**CEP: [ ]**

**DATA: 04/03/2012**  
**LOCAL: 05/12/2012**  
**ASSINATURA: [ ]**

**PERNAMBUCO**

05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 19 DEZ 2018  
 23 JAN 2019  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50060-010  
 RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 23 JAN 2019  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50060-010  
 RECIFE-PE







## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190058697 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do hálux esquerdo. Fratura do 5 pododáctilo esquerdo

**Descrição do exame físico:** Sem anormalidades detectadas no exame físico realizado. Consolidação alinhada das fraturas do pé esquerdo

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização local. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica há 30 dias, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente de trânsito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

### 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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190058697

**Nome do(a) Examinado(a):** ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

**Endereço do(a) Examinado(a):** R OITO DE MAIO, 317 - OLINDA/PE - CEP 53160-360

**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número :** 7165492 - sds-pe - 05/05/2017

**Data e Local do Acidente :** 06/10/2018 - Olinda, PE

**Data e Local do Exame :** 31/01/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

fratura de hálux esquerdo, fratura de 5 PDE.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

vítima com consolidação alinhada das fraturas do pé esquerdo, sem alteração da marcha, com mobilidade dos pododactilos preservada.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☐ Sim ☒ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**



permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( X ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

vitima com curativo em 4 QDD, por cirurgia tendinea local. Não encontrado referencia a esta lesão no primeiro atendimento médico.







---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



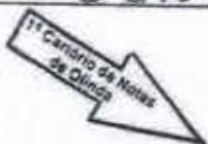
## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ENOCK JOSE de LIMA JUNIOR  
RG/CNH/CTPS: 7.165.492 CPF: 076.104.684.44  
End: R. OITO de MAIO, 317, AGUAS COMPRIDAS,  
OLINDA-PE

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.  
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37  
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO – OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima: ENOCK JOSE de LIMA JUNIOR  
cpf: 076.104.684-44

OLINDA, 25 de OUTUBRO de 2018



X Enock Jose Da Lima Junior

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

19 DEZ 2019

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

10 Cartorio de Notas de Olinda  
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) apostilada(s) na minha presença de  
ENOCK JOSE de LIMA JUNIOR  
Olinda, 25 de outubro de 2018, 10:08:00

Emol.: R\$ 3,59 TERN: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79  
Valido somente com o selo 0073502.CSR10201802.00330  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ENOCK JOSE DE LIMA JÚNIOR  
RG/CNH/CTPS: 7.165.492 CPF: 076.104.684.44  
End: R. OITO DE MAIO, 317, AGUAS COMPRIDAS,  
OLINDA PE

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.  
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37  
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima: ENOCK JOSE DE LIMA JÚNIOR  
cpf: 076.104.684-44

OLINDA

25 de

OUTUBRO de

2018



X ENOCK JOSE DE LIMA JÚNIOR

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 JAN 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 JAN 2019

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

1º Cartório de Notas de Olinda  
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) do(s) Sr(s) ENOCK JOSE DE LIMA JÚNIOR  
Olinda, 25 de outubro de 2018, 10:08:00  
Em testemunho da Verdade.  
Samuel Luna da Silva (Escritor Autorizado)  
Emol.: R\$ 3,99 TQM: R\$ 1,20 Total: R\$ 5,19  
Válido somente com o selo 0073502.CNK10001902.00320  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027056/19

**Vítima:** ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

**CPF:** 076.104.684-44

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/10/2018

**Titular do CPF:** ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR

### 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

#### RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

#### ENOCK JOSE DE LIMA JUNIOR : 076.104.684-44

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](http://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: 23/01/2019  
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS  
CPF: 055.382.254-37

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Steffany Carolyn Lins Veloso

