

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200375112

Vítima: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

Nome completo da vítima:

105 544. 554 - 47

Lucas Felix de Oliveira

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

Nome completo:

Lucas Felix de Oliveira

CPF:

105. 544. 554 - 47

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua Belo Horizonte

Número:

1131

Complemento:

-

Bairro:

N.º do Ol.º ou Anexo

Cidade:

Paulista

Estado:

PE

CEP:

53431 - 275

E-mail:

renatamalhães@outlook.com

Tel. (DDD):

(21) 94543.4554

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: 1581

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 47542

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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:

Nome completo da vítima:

105 544. 554 - 47

Lucas Felix de Oliveira

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

Nome completo:

Lucas Felix de Oliveira

CPF:

105. 544. 554 - 47

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua Rio Horizonte

Número:

1131

Complemento:

-

Bairro:

Vila do Olíbio Manoel

Cidade:

Paulista

Estado:

PE

CEP:

53431 - 275

E-mail:

anatamaithere@outlook.com

Tel.(DDD):

(11) 99543.4554

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 (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 47542

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,

Recife, 28/09/2020

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

LUGNETE FELIX DE LIMA
ESPECIAL MUNICIPAL LUTAMENTAÇÃO CIVIL

CPF 663 546 704-15 NIS 163392039

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM 125
Monofase

EMPRESA SAUDAD COMERCIAL
RUA BELO HORIZONTE 1131

NSAIDOPALIAMARFLO
FAULISTAPE
53431-375

2149905025 08/2020

109.64

ENCUENTRO DE NOTA FINAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TL50 até 30 Watts	50,00000000	0,348703966	4,47
Consumo-TL50 superior a 30 até 100 Watts	70,00000000	0,355935565	17,91
Consumo-TL50 superior a 100 até 230 Watts	11,00000000	0,360683400	37,26
Consumo-TE até 30 Watts	50,00000000	0,157866284	2,92
Consumo-TE superior a 30 até 100 Watts	70,00000000	0,218213677	15,31
Consumo-TE superior a 100 até 320 Watts	11,00000000	0,320144611	35,30
Contrib. para Política Munic. por			14,22
ICMS - Subversão do Bole a Renda			2,35
PRO-CONPAC - 10015410 Substituição de energia			7,70

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

REGISTRATION OF THE COMPANY UNDER THE COMPANIES ACT, 1956

[illegible]

COMPARAÇÃO ANUAL - 1990

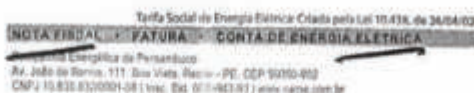
MÊS	1989 (kWh)	1990 (kWh)
Jan 89	171	
Fev 89	163	
Mar 89	178	
Abr 89	164	
Mai 89	149	
Jun 89	159	
Jul 89	155	
Ago 89	152	
Sep 89	178	
Out 89	176	
Nov 89	140	
Dez 89	145	
Jan 90		131
Fev 90		125
Mar 90		127
Abr 90		125
Mai 90		122
Jun 90		120
Jul 90		118
Ago 90		116
Sep 90		114
Out 90		112
Nov 90		110
Dez 90		108

Fonte: Companhia Saneamento de São Paulo

1. 凡在本公司工作之员工，其工资由基本工资、绩效工资、奖金、津贴、补贴、福利费、社会保险费、住房公积金等组成。

An exciting new way to
enhance your business
with a new, powerful
2007 model is available at
www.2007model.com

INDICADOR DE PRECATORIO DAS OBRIGACOES					SALDO EM VIGENCIA		
RAO ORCAMENTARIO	RECEITA ANUNCIADA	LOTE EMITIDA	LOTE TRIBUTACIONAL	LOTE EMITIDA	TOTAL DO PRECATORIO (V)	LOTE DA PAGACAO (V)	
TRF	0,00	5,07	11,15	35,30			
IRF	0,00	5,17	6,26	12,73	220	220	
IRF	0,00	3,06	0,00	0,00		231	
LOTE EMITIDA	0,00						



AV BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

FIEDADE/PRAZERES:
JABOTÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

SPRINTAFISCAL	SENA	400000
070001347	ONCA	2300 A.10
APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
23000010	2010000000	1000000

CÓDIGO CONTRATO	RESERVA
7025325828	09/2019
COTA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÍVEL DE PAGAMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR R\$	215,30

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(KWh)	711,2000000	0,77692220	554,47
Arrecação Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			37,81
ICMS Subvenção COE-RF 870982826-24/07/18			1,28

215.90

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE VARR	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (SW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
38163013	(AT)	23-06-2016	6 36020	23-09-2016	6 11420	30	1.00000		211,20

1 HISTÓRICO DE VENDAS

Mês/Ano	Vendas (R\$)
Set/19	201
Out/19	374
Nov/19	117
Dez/19	323
Jan/20	266
Fev/20	281
Mar/20	310
Abr/20	385
Mai/20	176
Jun/20	274
Jul/20	301
Ago/20	276
Sep/20	221

2 INFORMADA DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	176,44	25,00	44,11
PIS	176,44	0,65	1,15
COFINS	176,44	3,00	5,30

3 Energia e Água Consumida

	Consumo	Valor	Porcentagem
Geração Energia	85	92,87	34,32%
Transmissão	85	2,11	2,43%
Distribuição Energia	85	27,32	20,96%
Perdas de Energia	85	11,88	8,91%
Energia Retornada	85	8,89	4,02%
Água	85	22,26	16,52%
Total	85	176,44	100%

4 TAXAS APLICADAS

Gratuito (400000) 0,0400000

5 RESUMO DO FISCAL

30P B 945H 4RHO ECCO A2-B 3180 55EO FF30

[illegible]

Adi Terekeci, 34 años de edad, es un ingeniero de sistemas de información en la Universidad de Ankara, Turquía. Él es el autor de este artículo. Su correo electrónico es aditerekeci@ankara.edu.tr.

DURAÇÃO DE EXERCÍCIO DE ATIVIDADES FÍSICAS					NÍVEL DE TENSÃO		
EXERCÍCIO	TEMPO APPLICADO (min)	TEMPO DE EXERCÍCIO		TEMPO DE REPOUSO	TENSÃO NORMAL (s)	LIMITE DE TENSÃO em graus	
		antes	depois			leve	moderada
QMC	0,05	0,50	0,50	10,00	200	200	220
MC	0,05	0,17	0,34	12,50			
DMC	0,05	0,17	0,05	0,05			

Fonte: COPEL, 1972. **NOTA:** Limite de tensão em graus: Superlimite = 220 graus e PNL 20.

CONTA CONTRATO	ASSINADO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7026325626	09/2019	30/09/2019	215,30
83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8			





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorabidex.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0221204 ou 0800 221206) ou ligue 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 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, impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

*Anexo III da Circular SUSEP nº 445/12: "Seguradoras e segurados são obrigados a fornecer ao COAF, sob pena de aplicação da multa prevista no art. 249 do Código Penal, as informações de natureza pessoal, profissional e financeira, necessárias para a identificação das pessoas envolvidas no sinistro, bem como a documentação comprobatória das informações fornecidas".

*Circular do Conselho de Controle de Atividades Financeiras (COAF) nº 1/12: "Seguradora integrante da estrutura do Mercado de Seguros e Previdência Privada, aplicadora de produtos administrados, ou de produtos administrados em nome de terceiros, ou qualquer outra entidade controlada da seguradora, deve fornecer ao COAF, sob pena de aplicação da multa prevista no art. 249 do Código Penal, as informações de natureza pessoal, profissional e financeira, necessárias para a identificação das pessoas envolvidas no sinistro, bem como a documentação comprobatória das informações fornecidas".

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti, inscrito (a) no CPF nº 039.232.004 / 95,
na qualidade de Procurador (a) Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Felix de Oliveira, inscrito
(a) no CPF sob o nº 105.544.554 / 47, do sinistro de DPVAT sob o nº invalidiz da Vítima
Lucas Felix de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o nº 105.544.554 / 47, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora, que DPVAT, reside no endereço abaixo, anexando a cópia do documento de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação da pena prevista no art. 249 do Código Penal.

Endereço	Telefone	Implemento
Av. Bernardo Vieira de Melo	1551	Nota CI - Fêries
Bairro: _____	Estado: _____	CPF: _____
Profissão: <u>falsatão dos Guararapes</u>	RE	54410 - cio
E-mail: <u>renatomalheiro@outlook.com</u>	-	Telefone Celular (opcional): <u>(11) 99543-4554</u>

Recife, 28 de 09 de 2020

Assinatura e Data

Renato César M. Cavalcanti

Assinatura do Declarante

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/01/2020 23:32

Nome Paciente: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/02/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25 anos
Senha: 0058
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 01/01/2020 23:31 - 01/01/2020 23:35

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE PAULISTA COM SENHA 5850931 COM FRATURA DE 3 MTC+ SINDROME COMPARTIMENTAL.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 69.00 BPM
- GLICOSE: 87.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

ENCAMINHADO
RUBIANNE LIMA

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/01/2020 23:35

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5850 931

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 25

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Paulista

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda de Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Dr + Edema importante em Mão (D).

Hipótese Diagnóstica: Fratura de 3º Metacarpo + Sind.

Compartmental.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **LUCAS FELIX DE OLIVEIRA**
Idade: 25a 10m 19d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 132905
Profissão: _____ Data de Nascimento: 15/02/1994
R.G.: _____ C.P.F.: _____ Telefone: _____ CEP 53431275
Endereço: RUA BELO HORIZONTE DE 1 A 301 1031 - NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 02/01/2020 23:39
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-19
Médico Internação: FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: _____ FATURADO
Endereço: _____ Número: _____ CLAUDEVAN SOUSA
Telefone: _____ Cidade: _____ Estado civil: _____ FATURISTA
9/1

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 02/01/2020 Hora da Alta: _____
Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☒ Evasão
Condições de Alta: Estável. EGB
Diagnóstico Principal.....: Fx 3º ATC
Diagnóstico Secundário01.: HAS
Diagnóstico Secundário02.: _____
cedimento.....: _____

REVISADO
2014-HMA

Adriano Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20637-SP e CRM: 15666

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos, (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

[illegible]

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	8431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	8431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	LUCAS FELIX DE OLIVEIRA			6 - Nº Prontuário	132905
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898004063317268	15/02/1994	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	LUSINETE FELIX DE LIMA			12 - Telefone de Contato	8198773726
13 - Nome Responsável	LUSINETE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA BELO HORIZONTE DE 1 A 301, 1231 - NOSSA SENHORA DO O				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	53431275		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM MÃO DIREITA, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

21 - Condições que justificam a internação
 NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
 ANAMNESE+ EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código
 FRATURA DE 3º MTC DIREITO

24 - CID 10 Principal
 S623

25 - CID 10 Secundário
 W199

26 - CID 10 Causas Associadas
 V29.9

27 - Data da Solicitação
 03.01.06.2023

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

28 - Código do Procedimento	0415020069
29 - Especialidade	CIRÚRGICA
30 - Caracter de Atendimento	2
31 - Documento	(X) DNS () CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	170519131480007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES
34 - Data da Solicitação	02/01/2020
35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	João Bosco B. C. Neto Ortopedia / Traumatologia CRM/PE 25.670

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Boleto	41 - Série
37 - Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - Acid. Trabalho Trajet			
45 - Vínculo com a Previdência	<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	

49 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
CNS () CPF	

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro)

AIH
 262010245115-3

Adalberto T. Lima
 Traumatologia / Ortopedia
 CRM/PE 11507

Atendimento: 510641
Senha da Classificação:
Data e Hora: 01/01/2020 23:39
0058
Paciente: 132905 LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 15/02/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: LUSINETE FELIX DE LIMA
Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA BELO HORIZONTE DE 1, --
1231
Bairro: NOSSA SENHORA DO O
Cidade/UF: PAULISTA
PE
Usuário Atendimento: JACKELINEEFL
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso:
Altura:
Temperatura:
Hora:
Queixa Principal

PACIENTE VETINADO DE TRAUMA
MTO DO COM LERNO NO MEMBRO
APÓS QUEBRAR DE MOTO

Exame Físico

Edema ++ (+) - Flexão extensora (+)

Hipótese Diagnóstico

FX 3. MTC - SIND. COMPARTIMENTAL?

Prescrição Médica

Tramadol 50mg 2FA + 100mg SF
DIPLOMA 1L + 400L

FARO ANALGESIA E DEIXO
EM OBSERVAÇÃO + DA LAIO.

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para
Senha:
() Encaminhado ao setor de internação

Dr. Lacerda
CRM-PE 25590
06/552-4400
1786-84-17

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
 RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

ALICERCE
 ELINASSO JOAQUIM CAVALCANTI
 AUREA MALHEIROS CAVALCANTI

NATURALIDADE
 RECIFE-PE

RG
 0102809 - SSP/PE

DATA DE NASCIMENTO
 20/11/1981

CPF
 030 232 004-55

DATA DE EXERCÍCIO
 01/10/2012

ASSINATURA
 [Assinatura]

SELO
 [Selo]

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10324578

USO OBRIGATORIO
 PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 11 da Lei nº 8.906/94)

FOTO
 [Fotografia]

ASSINATURA DO PORTADOR
 Renato Cesar M. Cavalcanti

SELO
 [Selo]

BARCODE
 [Barcode]




LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
 CAPTEIRA DE IDENTIDADE



CPF
 105.544.554-47
 LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
 8.391.350
 08/10/2007
 LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
 LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
 15/02/1994
 15/02/1994



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296570/20

Vítima: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 105.544.554-47

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 01/01/2020

Titular do CPF: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

LUCAS FELIX DE OLIVEIRA : 105.544.554-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/10/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Lucas Felix de Oliveira
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 8.391.350 SDS - PE
CPF: 105.544.554-47
Profissão: Desempregado
Endereço: Rua Vello Horizonte, nº 1131, N. Gra do O1 Pau Amarello, Paulista - PE
CEP: 53431-245
Telefone: (81) 99543 4554

OUTORGADO:

Nome: Renato César M. Cavalcanti
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 6162609 SSP - PE
CPF: 039.232 CC4-55
Profissão: Advogado
Endereço: Av. Bernardo Lima de Melo, nº 151, Sala 01, Forno / Piedade I
CEP: 54410-010 João dos Guararapes - PE
Telefone: (81) 99543 4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Lucas Felix de Oliveira

Recife, 28 / 09 / 2020.

Local e data

Lucas Felix de Oliveira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296570/20

Vítima: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 105.544.554-47

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 01/01/2020

Titular do CPF: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

LUCAS FELIX DE OLIVEIRA : 105.544.554-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/10/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos