
Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681573

Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILBERTO VITORINO

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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681573

Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILBERTO VITORINO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **FRANCILBERTO VITORINO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **001**

Agência: **000000867-2**

Conta: **0000024273-X**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

044.310.954-03 FRANCILBERTO VITORINO

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

5 - Nome completo: FRANCILBERTO VITORINO 6 - CPF: 044.310.954-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA - HERMES MATA 9 - Número: 52 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MATA 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 183) 999-32.44-13

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 24-273 X (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

- ☒ 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

P. ISABEL - PB, 26-11-2019
Francilberto Vitorino

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITORINO

AGENCIA: 867-2 CONTA : 24.273-X

DATA :

27/11/2019

NR. DOCUMENTO

006773995115306

VALOR DINHEIRO

7333

VALOR TOTAL

7333

QUANTIDADE DE CÉDULAS PROCESSADAS

1

NR. AUTENTICACAO A.508.518.016.C59.C7A

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190681573
Nome do(a) Examinado(a): Francilberto Vitorino
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Hermes Maia, S/N
Maia Princesa Isabel PB CEP: 58755-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 548072061
Data local do acidente: [25/08/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE FEMUR PROXIMAL ESQUERDO

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

Tratamento: FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: 20/11/2019

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E ROTAÇÃO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO QUADRIL ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Obenize A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:
OCORRENCIA POLICIAL Nº 603/2019, LIVRO nº 003/2019.

DATA: 27/11/2019

HORA: 16h30min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Noticiante: FRANCILBERTO VITORINO

Estado civil: solteiro **RG:** 54.807.206-1 SDS/SP

CPF: 044310954-03

Sexo: masculino **Nascimento:** 19.02.1982 **Idade:** 37

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: PESCADOR

Filiação: Geraldo Vitorino e de MARIA Marcionila Vitorino

Endereço: Rua Hermes Maia, 101, Bairro Maia, Princesa Isabel/PB

NARRATIVA

QUE na data de 25.08.2019, por volta das 03:30 horas, seguia conduzindo uma moto, quando nas proximidades do centro de Princesa Isabel/PB, que na curva que dá acesso a rua São Roque, freou o pneu dianteiro, vindo a perder o controle da moto chegando a cair ao solo; Que fui socorrida pelo SAMU de Princesa Isabel, dando entrada No hospital Regional de Princesa Isabel/PB, onde após exame de RAIO X, constatou fratura no fêmur esquerdo, e escoriações pela face; Que devido a gravidade foi transferido para o Hospital regional de Patos :Que conduzia uma Moto Honda/BIZ 125 ES, de cor VERDE, Placa NPR 6151/PB, Modelo e Fabricação 2011/2011, Chassi Nº 9C2JC4810BR002155, Registrada em nome de Francineide Vitorino .

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante:

Francilberto Vitorino

155.680-1

DELEGACIA DE POLICIA
CIVIL
Princesa Isabel-PB

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

044.310.954-03 FRANCILBERTO VITORINO

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

5 - Nome completo: FRANCILBERTO VITORINO 6 - CPF: 044.310.954-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA - HERMES MATA 9 - Número: 52 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MATA 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 183) 999-32.44-13

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 24-273 X (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

☒ 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 Lider 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

P. ISABEL - PB, 26-11-2019
Francilberto Vitorino

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITORINO

AGENCIA: 867-2 CONTA : 24.273-X

DATA :

27/11/2019

NR. DOCUMENTO

006773995115306

VALOR DINHEIRO

7333

VALOR TOTAL

7333

QUANTIDADE DE CÉDULAS PROCESSADAS

1

NR. AUTENTICACAO A.508.518.016.C59.C7A

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

044.310.954-03 FRANCILBERTO VITORINO

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

5 - Nome completo: FRANCILBERTO VITORINO 6 - CPF: 044.310.954-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA - HERMES MATA 9 - Número: 52 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MATA 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 183) 999-32.44-13

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 24-273 X (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

☒ 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

P. ISABEL - PB, 26-11-2019
Francilberto Vitorino

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITORINO

AGENCIA: 867-2 CONTA : 24.273-X

DATA :

27/11/2019

NR. DOCUMENTO

006773995115306

VALOR DINHEIRO

7333

VALOR TOTAL

7333

QUANTIDADE DE CÉDULAS PROCESSADAS

1

NR. AUTENTICACAO A.508.518.016.C59.C7A

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente,
FRANCILBERTO VITORINO portador (a) do RG 548072061 SSP-SP, encontra-se em
nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês **AGOSTO/2019**.

Princesa Isabel-PB, 20 de setembro de 2019.

EMÍLIA ÉRICA | 2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina
Rua Dr. Manoel Pereira, 302 - Centro - Princesa Isabel - PB - 58755-000
Fone: (33) 3457-2419 - Email: emilia@princesa.pb.gov.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 07/10/2019 14:32:57

Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina

[2019-004288] EMUL:R\$ 2,48 FAPEN:R\$ 0,29 REPJ:R\$ 0,30

SELO DIGITAL: A7006600-ZKD9

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.jus.br>

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emília Érica Alves Frazão
Tabelião Interina

SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat 019.035

Ernesto Manguiera de Souza
Diretor Administrativo
Mat. 1020



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
UNIVAS ONOIA

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PRINCESA ISABEL CNES: 2321637
CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 2512309 CPF/CNPJ: 08.778.266/0039-33
ENDEREÇO: AV. ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 - ALTO DO CASCAVEL - CEP: 58.755-006
MUNICÍPIO: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: PB

PACIENTE

NOME: FRANCIELLO VILASBOA
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 16/02/1982 IDADE: 37
DOCUMENTO: PROFISSÃO: agricultor
ENDEREÇO: R. Fernandinho BAIRRO: Mourão
MUNICÍPIO: Princesa Isabel UF: PB Cód IBGE MUN: 2512309
CEP: 58759-000
CNS: 306106509878019 DATA ATENDIMENTO: 25/08/19

RACIA / COR

1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - PARDA
4 - AMARELA 5 - INDIGENA 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (CLÍNICO)

Paciente vítima de queda de moto, segue
de um trauma ligeiro, não há
hemorragias, nem feridas.
A. todos os membros, em consciência.
B. não há
C. hemodinâmica estável, em constantes
vital, abdo. indol. e reações de reflexos.
D. 120/80/15.
E. não há reações de trauma ligeiro.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Solicitado o de Rota e traço de urina.

RESULTADOS:

do trauma ligeiro com sinais de fratura

Dr. Fernando Augusto de Sousa
CRM 28424
Médico

CARATER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO.
- 02 - URGÊNCIA.
- 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
- 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
- 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
- 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.

PROCEDIMENTO - descrição:

Solicitado transferência para a divisão de
emergência.

DIAGNÓSTICO:

Edema agudo?

CID-10

MEDICAÇÃO:

1 - PRESCRITA

2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

1 - OBSERVAÇÃO

2 - INTERNAÇÃO

3 - ÓBITO

RESIDÊNCIA

OUTRO HOSPITAL

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 0131011010101201
2 -
3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - Cód

CNS

Dr. Fernando Augusto de Sousa
CRM 28424
Médico

CBO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMIN

EMÍLIA ÉRICA

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 07/10/2019 14:48:33
Emília Érica Alves Frasco - Tabelião Interina
[2019-084214] END:R\$ 2,40 FAREN:R\$ 0,29 FEX:R\$ 0,50
SELDO DIGITAL: A3686686-0000
Confira a autenticidade em https://selodigital.tsp.jus.br

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITORINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00867-2

CONTA: 000000024273-X

Nr. da Autenticação 0A1E9B4109899B99

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francilberto Xitorino,
RG nº 54.807.206-1, data de expedição 28.10.2010
Órgão SSP/SP, CPF nº 044310954103

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Hermes Maia</u>
Número	<u>303</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Maia</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58755-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 999387328</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: P. ISABEL - 26.11.2019

X Francilberto Xitorino

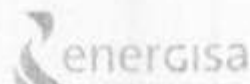
Assinatura do Declarante

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento nº 264 042 211

Documento não é válido para depósito em caixa

Boleto para depósito em caixa - CNPJ 09.095.183/0001-40 - www.energisa.com.br Nº 264 042 211

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R- 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARCIONILA VITORINO
RUA HERMES MAIA 101
PRINCESA ISABEL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/265902-7

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

12/11/2019

CONSUMO

114

VENCIMENTO

06/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 113,27

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/11/2019

Pagador: MARIA MARCIONILA VITORINO CNPJ/CPF: 394.845.484-15

RUA HERMES MAIA 101 - MAIA - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Numero	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008501093	000265902201911	06/12/2019	R\$ 113,27	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RÔMULO DE SOUSA FERRAZ,

RG nº 15.6825 8, data de expedição 18/06/1990, Órgão SSP - PB,

CPF nº 839-806-284-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA: RAFAEL ROSAS
Número	SN
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	PRINCESA ISABEL
Estado	PARAIBA
CEP	58.755-000
Telefone de Contato	(83) 999 324413
E-mail	-

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Princesa Isabel - PB, 26-11-2019

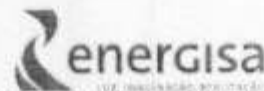
Assinatura do Declarante: Rômulo de Sousa Ferraz

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é garantia de conta

Boleto para simples pagamento da conta de energia elétrica Nº 025.946.098



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.815.823-8

DADOS DO CLIENTE

ROMULO DE SOUSA FERRAZ
RUA RAFAEL ROSAS S/N
PRINCESA ISABEL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/29847-1

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

05/06/2019

CONSUMO

74

VENCIMENTO

06/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 40,25

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/07/2019

Pagador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ CNPJ/CPF: 839.806.284-34

RUA RAFAEL ROSAS S/N - MAIA - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
20249120002330616	000029847201906	06/07/2019	R\$ 40,25	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)****Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04****SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35****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/BIBLIOTECABWEB/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

Rômulo de Sousa Ferraz

inscrito (a) no CPF/CNPJ

839.806.284-34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCILBERTO VITORINOinscrito (a) no CPF sob o Nº 044.310.954-03

do sinistro de DPVAT cobertura

INVALIDEZ

da Vítima

FRANCILBERTO VITORINO

inscrito (a) no CPF sob o Nº

044.310.954-03

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

RECUSOU-SE

Renda:

RECUSOU-SE

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:

RUA: RAFAEL ROAS

Número:

5N

Complemento:

CASA

Bairro:

MATA

Cidade:

P. ISABEL

Estado:

PB

CEP:

58.755-000

E-mail:

11

Tel. (DDD):

Local e Data:

P. ISABEL - PB, 26-11-2019Rômulo de Sousa Ferraz

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francineide Vitorino
RG nº 195788-2, data de expedição 21/02/2014
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 037.541.284-00
com domicílio na cidade de Princesa Isabel no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Senador Domício Barbosa de Almeida nº 83
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
Francielberto Vitorino, cujo o condutor era
Francielberto Vitorino
Veículo: motocicleta Modelo: HONDA/BIZ 125KS Ano: 2011
Placa: NRR 6151/PB Chassi: 9C2JCA810BR002155
Data do Acidente: 25/08/2019

Local e Data: Princesa Isabel 31/10/2019

Francineide Vitorino
Assinatura do Declarante

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

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelã Interina

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:

FRANCINEIDE VITORINO

Em test. da verdade. Princesa Isabel-PB 31/10/2019 15:20:00

Isabel Keline Frazão da Silva - Escrevente

(2019-0065393EMOL:R\$ 89,91 FAPEN:R\$ 8,29 FEPJ:R\$ 1,98

SELO DIGITAL: A0155586-NTL7

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus>

Isabel Keline Frazão da Silva
Escrevente

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emília Érica Alves Frazão
Tabelã Interina



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	61391	PRONTUÁRIO	32899
DATA	26/08/2019	HORA	17:24
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	OALVES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRINCESA-ISABEL HOSPITAL REGIONAL DE PRI		
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO		
MOTIVO	DOR NA PERNA		
PACIENTE	FRANCILBERTO VITORINO	IDADE	37a 6m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA MARCIONILA VITORINO		
FILIAÇÃO II	GERALDO VITORINO		
CIDADE	PRINCESA ISABEL PB		58755000
ENDEREÇO	RUA HERMES MAIA 101		
BAIRRO	MAIA		
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL	CELULAR	8399727074
TELEFONE			
C.N.S.	786706509878019	IDENTIDADE	54807200
C.P.F.	044.310.954-03	REG. NAC.	
NASCIMENTO	19/02/1982	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL FRANCILBERTO VITORINO

Ass. Resp./Paciente

Francilberto Vitorino

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*pt. início de dor no peito (sic) com
trans. au. qualif. (L) -*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*Dor + edem.*EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *RAIO X.*DIAGNOSTICO *Fibrose Intersticial*

CID

DADOS DA SAÍDA

Data

31/08/19

Hora

9

H

50

Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

Nome do Paciente:

Nº Prontuário:

Data da Cirurgia:

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tipo de Cirurgia:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Pêlo em OOH sob esteril
- 2) Fecho assepsia e antisepsia
- 3) Fui to núcleo + fixação de placa + parafusos
- 4) Pêlo Sutura
- 5) Curativo

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE					
DT.	LEITO	CONVENIO	IDADE	REGISTRO:	
18	02	303	37	32899	
CIRURGIÃO	CIRURGIÃO				
A. G. Augusto Coutinho			Dr. Naesom		
ESPECIALISTA	ANESTESISTA				
Kleber		Dr. Felix Sall			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM:	
beduine		30/08/19	15:03	16:23	



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	☒	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	L	Lâmina de Bisturi 2,4
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical	I	Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	☒	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Drenó de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVPI Tintura
	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5 ml	✓	Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	I	Agulha Descartável
L	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
L	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
L	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocare 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



PEDIDO DE VENDAS

☐ Calixa-Fixes

№

NF N°

Frontierline

Verdictes

Figure 1

Diaper

Author's address: Department of Psychology, University of Cambridge, 18a Avenue Road, Cambridge CB3 9ET, UK. E-mail: ajm22@cam.ac.uk

Instrumentador

Continúa

Procedures

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibo PE - CEP 54765-138

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: croms@tds2.gmail.com

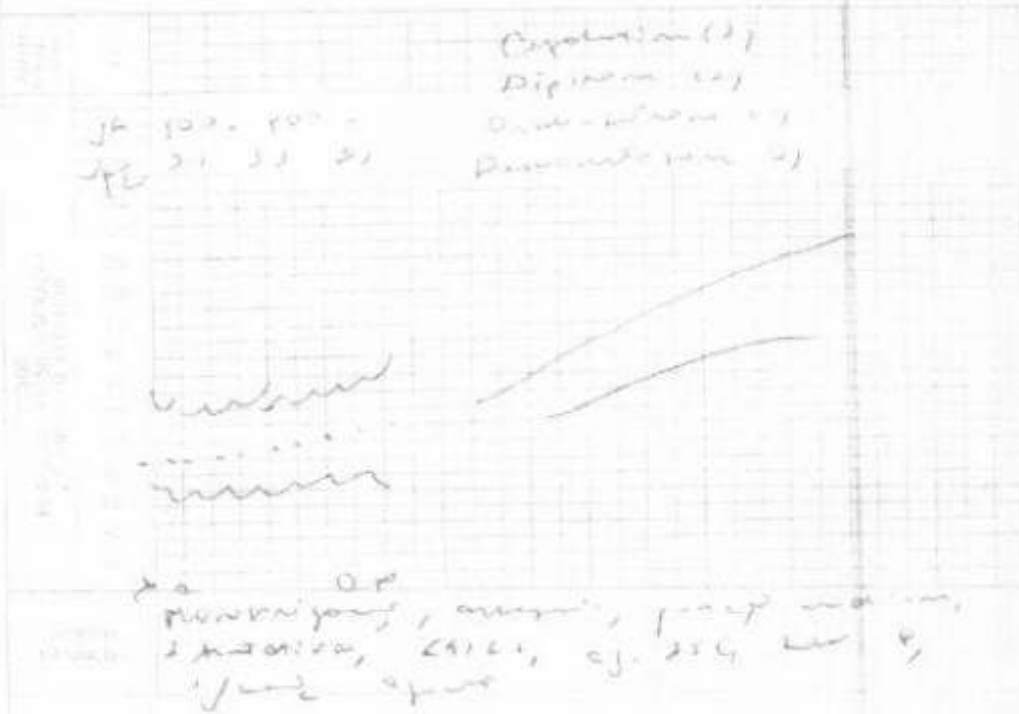
CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Patrimônio | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: HRP Enfermeira: _____
Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: _____

Nome: Francisco Vitorino
Sexo: Masculino Idade: 32 Peso: _____ Altura: _____ Cor: P
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial: 130/80 Pulso: 95 Respiração: _____
Temperatura: 36 Tipo Sanguíneo: _____ Hemática: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Ureia: _____ Outros: _____
Apar. Respiratório: NS Asma: _____ Brônquitos: _____
Apar. Circulatório: NS Eletrocardiograma: NS
Apar. Digestivo: NS Dentes: _____ Pericni: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: NS Ataxia: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensão: _____
Diagnóstico Pré-Operatório: fr. ym Estado físico: 1 Tóxico: _____
Anestesia Anteriores: _____
Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO

Suor: _____ Lábios: _____ Tórax: _____
Laringes Espasmo: _____ Laringe: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

Anestesia Sabida Sim: _____ Não: _____
Não, porque: _____

DESPERTAR

Reflexos na SO: _____
Obstr. CO2: _____ Excit.: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____
Com canula para o leito sim: _____ não: _____

Paciente: NS
Agentes: NS
Técnico: NS
Cirurgião: NS
Observações: _____
Operação: NS
Anestesiologista: NS

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 61391 PRONTUÁRIO 32899
DATA 26/08/2019 HORA 17:24 OPERADOR OALVES
MÉDICO DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO

PACIENTE FRANCILBERTO VITORINO IDADE 37a 6m

RESUMO CLÍNICO:

Leishmaniose cutânea localizada
de etiologia L. braziliensis

AGNÓSTICO:

Leishmaniose cutânea localizada

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

1º e 2º curativos

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Estabilização

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

- Evitar exposição solar
- Usar protetor solar

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (☒) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 21 DE AGOSTO DE 2019

MÉDICO/CRM

Hospital Regional de Patos - RX

000000437818

90 %

El_s:53



Tibia/Fibula E, Lateral

26/Ago/2019 16:00:06

000000026558

FRANCILBERTO VITORINO, *19/Fev/1982

Hospital Regional de Patos - RX

000000437816

65 %

El_s:1043 000000437816

65 %

El_s:899



Tibia/Fibula E, AP

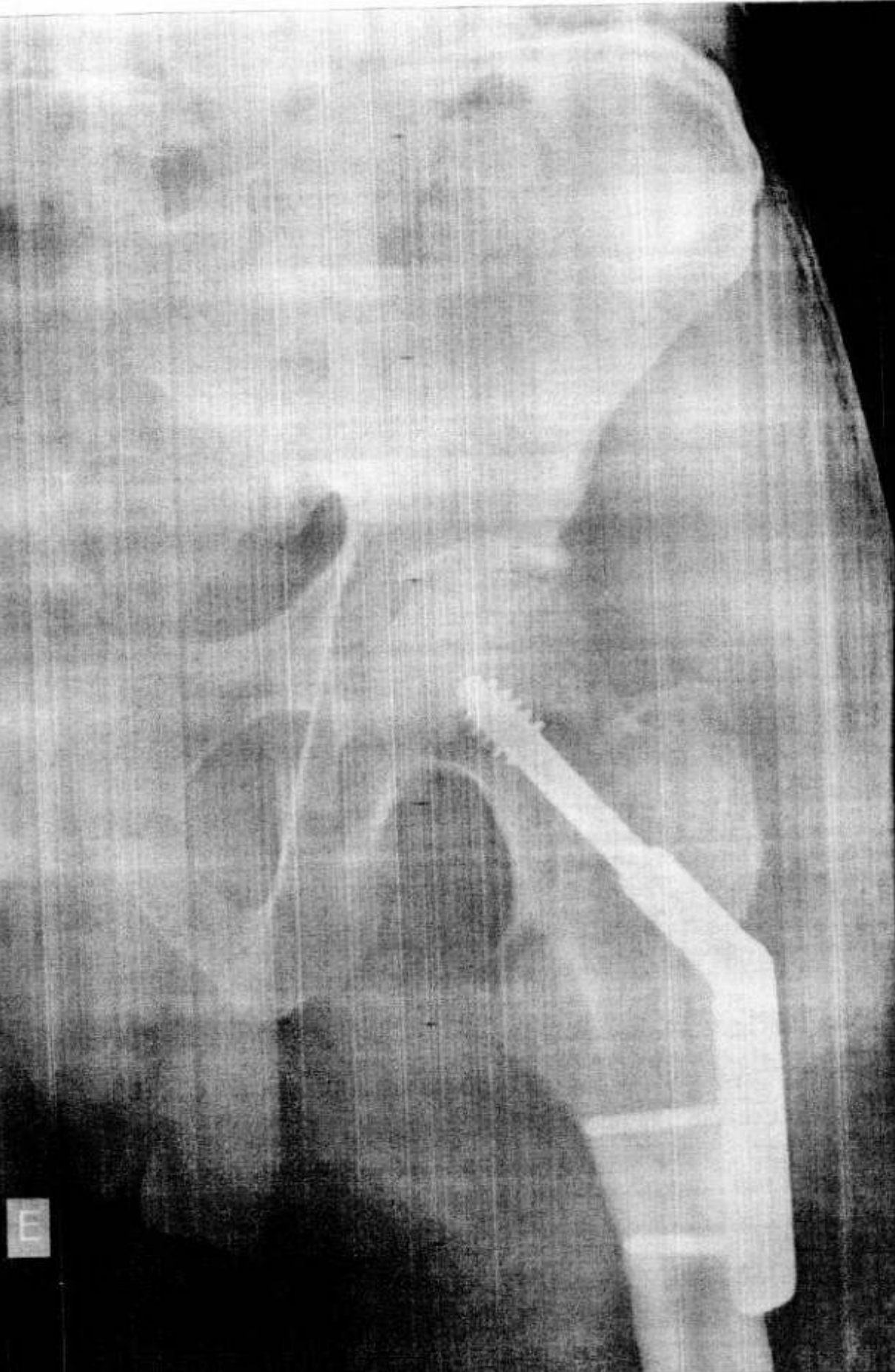
26/Ago/2019 16:01:00

Tibia/Fibula E, AP

26/Ago/2019 16:01:16

000000026558

FRANCILBERTO VITORINO, *19/Fev/1982



Nome: FRANCILBERTO VITORINO Data Nasc.: 19/02/1982
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 000000026558

30/08/2019 18:15:27

85,4 %

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Fernando Vitorino

Da Clínica: Clínica Cirúrgica

Enfermagem: 16

A Clínica: Santa Luzia

Leito: 06

Motivo da consulta: Levantar os dados sobre os quais desagravada e nutrir as principais anamneses do enfermo

Doença crônica

Data: 26.08.2013

PARECER: Paciente Sem queixas psicológicas Novo
Comentários ou alterações morfológicas -
PA = 120 x 80 mmHg

ECG = Ritmo Sinusal FC = 90 Bpm
Extrassístoles ventriculares e cêntricas

Risco Cirúrgico = Baixo Risco

27 08 13

0684-1182
KIAZI H. DE FRANCO

16/06



Responsável Técnica
Dra. Rafaela Carvalho Batista - CRM 5592

R. Peregrino Filho, nº 23, Póvoa - PB
Fone: (83) 2147-1062 - labquimaraes@hotmail.com
www.labnet.com.br/quimaraes

Paciente: FRANCILBERTO VITORINO
Médico: Dr. SESIOM WANDERLEY
Protocolo: 
Colata: Hospital Regional de Patos

Sexo: M
Idade: 37 anos
Convênio: HRP

Data: 27/08/2019

Emissão: 27/08/2019

COAGULOGRAMA

Material: Plasma citratado

Valores de Referência

TEMPO DE PROTOMBINA (TAP) 12,5 segundos
ATIVIDADE DE PROTOMBINA 100%
Relação internacional normalizada - RNI 1,00
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA 27 segundos
Obs:

12 a 15 segundos
70 a 100 %
1,00 a 1,30
24 a 39 segundos

Dra. Rafaela
Carvalho Batista
Biotécnica

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

PRONOME: SR. N.º REQUISITO: 17549
PACIENTE: FRANCILBERTO VICTORINOEmissão: 27/08/2019
SEXO: M IDADE: 37

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE
Col. 100 µl VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....	4.36	milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
			MASCULINO	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA.....	13.5	g/dl	FEMININO	12 a 16
			MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	43.7	%	FEMININO	37 a 47
			MASCULINO	40 a 53
VP.....	100,2	fL	NORMAL	80 a 100
MP.....	31,0	pg	NORMAL	26 a 34
ICH.....	30,9	g/dl	NORMAL	31 a 55
MDW.....	13,6	%	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	4.300	/mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000	
NEÚTRÓFILOS.....	000	= 0000	%	NORMAL	0 a 0
LÍMPHOCITOS.....	000	= 0000	%	NORMAL	0 a 0
MONÓCITOS.....	000	= 0000	%	NORMAL	0 a 0
ESQUIMOS.....	03	= 0129	/mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	66	= 2838	/mm ³	NORMAL	75 a 40
ESQUIMOS.....	03	= 0129	/mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	000	= 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 100
LÍMPHOCITOS.....	19	= 0817	/mm ³	NORMAL	15 a 40
MONÓCITOS.....	09	= 0387	/mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	188.000	mil/mm ³	NORMAL	150.000 a 400.000
----------------------------	---------	---------------------	--------	-------------------

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

BRASIL, 27/08/2019
LUCAS DA SILVA LIMA
Téc. de Anál. Clínicas

PACIENTE: FRANCISCA MOURA
NOME: FRANCISCA MOURA

SEXO: F
IDADE: 63

GLICOSE

Material: SORO
Método: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

FAVRE, T. 1998
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

RESULTADO: 63

mg/dL

[Signature]
Bionópolis
CRLV 7. N. 11.128

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

PROIBIDO PLASTIFICAR

Francilberto Vitorino

LEI Nº 7.118 DE 2008

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

54.807.206-1 18/OUT/2010

FRANCILBERTO VITORINO

GERALDO VITORINO

E MARIA MARCIONILA VITORINO

PRINCESA ISABEL -PB 19/FEV/1982

PRINCESA ISABEL-PB

PRINCESA ISABEL

CN: LV.A12 /FLS.161V/N.010751

044310954/03

LEI Nº 7.118 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

FRANCILBERTO VITORINO

DATA DE NASCIMENTO 19/02/1982

AFRANCIAÇÃO 0271 8337 1287

ZONA 034

SEÇÃO 0056

MUNICÍPIO/UF PRINCESA ISABEL/PB

DATA DE EMISSÃO 21/07/2017

JUIZ ELEITORAL

Assinatura ou Rótulo Digital do Eleitor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Francilberto Vitorino

ASSINATURA OU RÓTULO DIGITAL DO ELEITOR

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Cartão do Usuário

Sistema Único de Saúde

FRANCILBERTO VITORINO

Data Nasc.: 19/02/1982 Sexo: M

706 7065 0987 8019

SUS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011348398315
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CDD-RENA PRT 20141600000655-9
1 0047619083-5 00/00000000 2014

NOME
FRANCINEIDE VITORINO

CPF / CNPJ
03754128400

PLACA
NPR6151/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB 9C2JC4810BR002155

ESPECIE TIPO
PAS/MOTONETA/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/BIZ 125 KS

ANO FAB. ANO MOD.
2011 2011

CAP / POT / CL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERDE

COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 21/02/2014

VENO / DOTAS
1°

PAGA IPVA
***** 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) TOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 21/02/2014

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PRINCESA ISABEL-PB

DATA
21/02/2014
39331

PB Nº 011348398315 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 21/02/2014

VIA - CPF / CNPJ PLACA
1 03754128400 NPR6151/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00476190835 HONDA/BIZ 125 KS

ANO FAB. CAT. TARE Nº CHASSI
2011 9 9C2JC4810BR002155

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) COTA ÚNICA SEGURO P A G O

S PAGAMENTO 21/02/2014
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.609/0001-04
www.seguradoralider.com.br

39331-1032403-20140221



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681573 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILBERTO VITORINO **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E ROTAÇÃO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MARCHA
CLAUDICAÇÃO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO QUADRIL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: FRANCILBERTO VITORINO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 54.807.206-1 - SP - SP
CPF: 044.310.954-03
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: RUA: HERMES MATA, SN, MATA, P. ISABEL - PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 - 999-32-44-13

OUTORGADO:

Nome: ROMULO DE SOUSA FERRAZ
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: DIVORCIADO
Identidade: 15.68258-59 - PB
CPF: 839.806.284-34
Profissão: COMERCIANTE
Endereço: RUA: RAFAEL ROSAS, SN, MATA, P. ISABEL - PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 - 999-32-44-13

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: FRANCILBERTO VITORINO

Princesa Isabel 28/10/2019

Local e data

* Francilberto Vitorino

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina
Rua Cel. Manoel Pereira Lima, 300 - Centro - João Pessoa - PB
Fone: (33) 3375-5249 | E-mail: e.ericafrazao@tjpb.jus.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

FRANCILBERTO VITORINO

Em test. da verdade: Princesa Isabel - PB 31/10/2019 15:21:05

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente

[2019-006538]EML:R\$ 19,91 FAXEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,90

SELO DIGITAL: AJ155565-MW2

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Isabel Kaline Frazão da Silva
Escrevente

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emília Érica Alves Frazão
Tabelião Interina

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436644/19

Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

CPF: 044.310.954-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: FRANCILBERTO VITORINO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROMULO DE SOUSA FERRAZ : 839.806.284-34

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

FRANCILBERTO VITORINO : 044.310.954-03

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: 06/12/2019
Nome: ROMULO DE SOUSA FERRAZ
CPF: 839.806.284-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO