
Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149797

Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAI WELLINGTON DA SILVA

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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149797

Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAI WELLINGTON DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAI WELLINGTON DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001311-0

Conta: 000001016869-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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: 118.180.364-01 4 - Nome completo da vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

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

5 - Nome completo: RAI WELLINGTON DA SILVA 6 - CPF: 118.180.364-01
7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: SÍTIO LEITÃO 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CARNAÍBA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87-998092784

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: _____

AGÊNCIA: 1311 0 CONTA: 1016869 4
(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

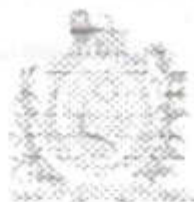
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14/04/2020 CARNAÍBA-PE

Rai wellington da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA - DP167ªCIRC
DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0257000191**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/01/2020 às 15:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 7/4/2020 às 07:20

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 232, 1 - Bairro: CENTRO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PE 320 - DA SAÍDA PARA PESQUEIRA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

XXX (AUTOR/AGENTE)
JOSEFA PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
RAI WELLINGTON DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAI WELLINGTON DA SILVA**

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

RAI WELLINGTON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Mãe: **JOSEFA PEREIRA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MILTON DA SILVA** Data de Nascimento: 10/11/1997 Nacionalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 9592528/SDS/PE (RG), 11618036401 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: **SERVENTE** Telefones Celulares: - 97998992754

Residência: **SÍTIO LEITÃO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARNAIBA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

XXX - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

JOSEFA PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino; Mãe: **OLÍVIA REGINA DA SILVA** Pai: **MANOEL PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: 2/2/1975 Nacionalidade: **CARNAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE CARNAIBA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAI WELLINGTON DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAI WELLINGTON DA SILVA**

- Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS2313 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA AFIRMANDO QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS TRAFEGAVA NA PE 320 ENTRE ARCOVERDE E PESQUEIRA EM SUA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, E CONSIGO LEVAVA NO ASSENTO TRASEIRO SUA GENITORA, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DO ÚLTIMO POSTO, QUANDO EM UMA ULTRAPASSAGEM PERDEU O CONTROLE DA MOTO NA TENTATIVA DE NÃO COLIDIR EM OUTRA MOTOCICLETA; DO ACIDENTE ELE RAI WELLINGTON DA SILVA SOFREU UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO; JÁ A SUA MÃE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. A MOTO EM QUESTÃO ESTÁ LICENCIADA EM NOME DO PRÓPRIO.

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

RAI WELLINGTON DA SILVA
(VÍTIMA)

X RAI WELLINGTON DA SILVA

B.O. registrado por: **JOSÉ HUMBERTO SIQUEIRA** - Matrícula: **380996-0**



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: 118.180.364-01 4 - Nome completo da vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

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

5 - Nome completo: RAI WELLINGTON DA SILVA 6 - CPF: 118.180.364-01
7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: SÍTIO LEITÃO 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CARNAÍBA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87-998092784

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: _____

AGÊNCIA: 1311 0 CONTA: 1016869 4
(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14/04/2020 CARNAÍBA-PE

Rai wellington da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAI WELLINGTON DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01311-0

CONTA: 000001016869-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2804202005000000000023701311000001016869168750 PAGO



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0008943-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILÉITAO 577

CPF 880 152 114-88 NIS: 20907949267

CARNAÍBA - RURAL/CARNAÍBA RURAL
CARNAÍBA PE
56820-000

CLASSIFICAÇÃO

R1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásica

CONTA CONTINUA

1876929011

03/2020

DATA DE VIGÊNCIA

19/03/2020

14/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

44,50

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	PERÍODO
100387260	UNICA	12/03/2020

APPROVAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA SUBSTÂNCIA
12/03/2020	2002392201	738764

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10136138	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	19,5000000	0,17375234	12,12
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	29,0000000	0,20064351	7,55
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,15889189	11,18
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	29,0000000	0,23983752	6,95
Multa por atraso-NF 096499616 - 11/02/20			0,72
Juros por atraso-NF 096499616 - 11/02/20			0,08
Ajustação IGPM-NF 096499616 - 11/02/20			0,02

TOTAL DA FATURA

44,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2186A/2008	CR1	11-02-2020	974,00	12-03-2020	1.103,00	30	1,0000		129,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			CONTRIBUIÇÕES E TAXAS			
MAR 20	126	ICMS PIS COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Carção de Energia	R\$ 19,28	4,34%
FEV 20	114		43,50	1,04	0,45	Transmissão	R\$ 2,27	0,50%
JAN 20	123		43,50	4,75	2,08	Distribuição (Celpe)	R\$ 13,79	31,37%
DEZ 19	134					Perdas de Energia	R\$ 4,34	9,84%
NOV 19	120					Encargos Setoriais	R\$ 1,35	0,31%
OCT 19	141					Tributos	R\$ 2,54	5,82%
SET 19	106					Total	R\$ 43,50	100%
AGO 19	130							
JUL 19	108							
JUN 19	84							
MAY 19	102							
ABR 19	107							
MAR 19	113							

Consumo Total em kWh: 1.640,00

Consumo TMS superior a 20 até 100 kWh: 0,1636 kWh

Consumo TMS superior a 100 até 220 kWh: 0,2454 kWh

Consumo TMS superior a 220 até 30 kWh: 0,0873 kWh

Consumo TMS superior a 30 até 100 kWh: 0,1505 kWh

Consumo TMS superior a 100 até 220 kWh: 0,2398 kWh

Consumo em kWh

477B 0212 3660 3552 A277 9716 F104 5150

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento feito em parte sem contrarrecibo por parte do consumidor. O cliente deve apresentar o contrarrecibo para a emissão da próxima fatura. Caso contrário, a fatura será emitida com base no consumo anterior. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEL DE TENSÃO		
AFETADA	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
AFETADA	0,00	0,00	12,06	24,12	220	202	231
FIXO	0,00	3,36	8,72	13,05			
GRUPO	0,00	3,36	8,72	13,05			

Limite de R\$ 12,00. Elétrico - Valor de Encargos de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 21,42

As contribuições gerais de financiamento (Fundo de Amparo ao Consumidor - FACC) e o Fundo de Amparo ao Consumidor (FACC) são cobradas em parcelas mensais e são utilizadas para o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade do serviço e para o atendimento às demandas dos consumidores.

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nº do Atendimento:	Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
105685	07/01/2020 07:42		URGÊNCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Nome: RAI WELLINGTON DA SILVA

Idade: 22 Sexo: Masculino Cor: Sem informação
Data de Nascimento: 10/01/1997
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: CARNAIBA Nacionalidade: Brasileiro
Filiação Mãe: JOSFFA PEREIRA DA SILVA
Pai: Ignorado

Endereço: SÍTIO LEITAO

Cidade: CARNAIBA

Complemento:

UF: PE Telefone:

Acompanhante: A MAE

Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Edificação:

Classificação de Risco:

07/01/2020 Hora do Atendimento: 07:42

Enfermeiro:

Coren:

Queixa Principal: Queda de moto + dor em cotovelo (E)

105685

MIRA - 5854711

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Perda de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Perda de: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista ☐ Passageiro ☐

Relato: Sim ☐ Não ☐

Local do Impacto:

Perda de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Natureza: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte realizado por:

Indicações de Imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Exame físico:

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

Respiratório

FC: x SPO2

Circulatório

PA: 130 x 80 mm Hg Pulso: bpm

Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Horas:

Score: Horas:

Score: Horas:

Exame:

Atendimento Médico:

Data: 07/42

Hora: 07/01/2020

Médico:

Paciente vítima de acidente de moto há
01 hora, com lesão em cotovelo (E)
Nega TCE, perda da consciência, e outras
queixas. Relata dor intensa no

CRM:
Juliana Carvalho Freire
Médica
CRM-PE: 28464

Diagnóstico Inicial:

acidente de moto

Exames Solicitados:

Rx ~~mal~~ cotovelo (E)

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

01: 200 mg de Tramal 100 mg/ml TEA + 100 mL SF 0,9% (B)

02: Limpeza local de lesões + curativo

José André Martins da Silva
COREN-PE 158158-TE

Assinatura Médico + Carimbo

Juliana Carvalho Freire
Médica
CRM-PE: 28464

Queixa Principal:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Obito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhorado

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorado

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 576680

Prontuário: 352236

Nome: RAI WELLINGTON DA SILVA

Data Nasc.: 16/01/1997

Idade: 22

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 704600109696524

Nº: 0

Endereço: SÍTIO LEITAO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CARNAIBA

Estado: PE

CEP: 56820973

Fone: 964204964

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: JOSEFA PERREIRA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 07/01/2020 13:01

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Dor cotovelo PS
Furto

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Do Ombro

Diag. Provisório:

Fr. Ombro

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Do Ombro

Fr. Ombro

Fr. Ombro


Fr. Ombro

Fr. Ombro

Fr. Ombro

Fr. Ombro

Data e hora retirada da senha: 07/01/2020 12:49

Nome Paciente: RAI WELLINGTON DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/01/1997
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: U0012
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 576669 
SAME:

Período: 07/01/2020 12:53 - 07/01/2020 12:56

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: VITIMA DE COLISÃO DE MOTO COM CARRO, HA 6 HORAS, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM ARTICULAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Medicamento(s): DM-
HAS-

Observação: RAIOS COM FRATURA DE RADIO
NEGA ALERGAIA

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminador(es): - INFLAMAÇÃO LOCAL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/01/2020 12:56

NOME: RUI Wellington da Silva

REGISTRO: 529522

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2020

ALTA: 11/01

DIAGNÓSTICO: Trauma do olecrano (Fr)

TRATAMENTO: RFT

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 06/02 ÀS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.592.528

18/10/2012

RAI WELLINGTON DA SILVA >>

<< JOSÉ NILTON DA SILVA >>

<< JOSEFA PEREIRA DA SILVA >>

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

16/01/1997

CARNAÍBA-PE 17.06.1998 >>

118.180.364-01

LEI Nº 7.116 DE 20/06/2013

10 R-17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

RAI Wellington da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: RAI WELLINGTON DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO / UF: 9592528 SOS PE

CPF: 118.180.364-01

DATA NASCIMENTO: 16/01/1997

PLACAO: JOSÉ NILTON DA SILVA

JOSEFA PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC: CAC: NBR: 00

VALIDADE: 21/09/2020

P. HABILITAÇÃO: 21/12/2015

1416819975

EXERCE ATIV. REMUNERADA

RAI Wellington da Silva

LOCAL: AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

DATA EMISSÃO: 28/12/2016

562669830

PRO768803

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN-PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014358330599

VIA 1 1081740326 2019

RAI WELLINGTON DA SILVA

AFOGADOS DA INGAZEIRA

118.180.364-01

PC82313

9C2KDD0610GR202618

PAS MOTOCICLETA

ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016 2016

2E/162CL

PARTIC

PRETA

IPVA 2019 QUITADO

1 1 *****

80.11 0.32 84.58 11/01/19

SEM RESERVA

AFOGADOS DA INGAZEIRA

28/05/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

PE Nº 014358330599 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RAI WELLINGTON DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEXTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

AFOGADOS DA INGAZEIRA 2019 28/05/19

1 118.180.364-01

PC82313

1081740326

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2016

9C2KDD0610GR202618

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05

4.01

40.06

4.15

0.32

84.58

X OOTA UNICA

11/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.804/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
FIM NÃO É NE. PORT. OBRIGATORIO

JAN-2019

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RAI WELLINGTON DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 07.01.2020 CPF DA VÍTIMA 118.180.364-01
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rai Wellington da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É marido
ENDEREÇO DO PORTADOR End. boas
Nº 577 COMPLEMENTO cas BAIRRO Zona Rural
CIDADE Barro Preto UF PE CEP 55000-000
E-MAIL TELEFONE (33) 998092784

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- (Y) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

DATA

IDENTIDADE

9.592.528

NOME

ASSINATURA Rai Wellington da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149797 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA **Data do acidente:** 07/01/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO E FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P5)

Sequelas permanentes: DILIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116616/20

Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

CPF: 118.180.364-01

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 07/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAI WELLINGTON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAI WELLINGTON DA SILVA : 118.180.364-01

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: 16/04/2020
Nome: RAI WELLINGTON DA SILVA
CPF: 118.180.364-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAI WELLINGTON DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA