



Número: **0063521-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAI WELLINGTON DA SILVA (AUTOR)	Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72698 486	17/12/2020 13:56	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15709589



Zan 01877/01878 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 13:56:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171356335960000071268586>
Número do documento: 2012171356335960000071268586

Núm. 72698486 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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 inscrição

informações abaixo:

Motivo: 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%

% Invalidz 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

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguradora Elder BI VA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: RAI WELLINGTON DA SILVA	6 - CPF: 118.180.364-01		
7 - Profissão: SERVENTE	8 - Endereço: SITIO 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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: **8311** CONTA: **3016869** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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 Sim teve filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim teve irmãos? Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? 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)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, 14/04/2020 CARNAÍBA-PE Rai Wellington da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

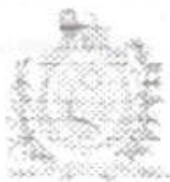
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

12/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZÉIRA - DP167ºCIRC
DINTER2/20ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0257000191

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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: PB 320 - DA SAÍDA PARA PESQUEIRA
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL.

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

XXX (AUTOR / AGENTE)
JOSEFA PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
RAJ WELLINGTON DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULÔ: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RAJ WELLINGTON DA SILVA

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

RAJ WELLINGTON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nm: JOSEFA PEREIRA DA SILVA Pai: JOSE MILTON DA SILVA Data do Nascimento: 16/11/1997 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZÉIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9592528/SDS/PE (RG), 11618036401 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: SERVENTE Telefones Celulares: - 97998092754

Residencial: SITIO LEITÃO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO 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 Nm: OLÍVIA REGINA DA SILVA Pai: MANOEL PEREIRA DA SILVA Data do Nascimento: 2/2/1975 Naturalidade: CARNAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARNAIBA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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



MOTOCICLETA (VEÍCULO) 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 ESDO** Objeto apreendido: Não

Cor: **FRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS2313** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARCEU NESTA DELEGAÇÃO 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 IMEDIACôES 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 ESCORIAçôES 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
(VITIMa)

Rai Wellington da Silva

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 13:56:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713563359600000071268586>

Número do documento: 20121713563359600000071268586

Num. 72698486 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° 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: SITIO 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)

AGÊNCIA: **8311** CONTA: **3016869** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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 Sim teve filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim teve irmãos? Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

12/2019



TESTEMUNHAS

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

BRADESCO280420200500000000023701311000001016869168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 13:56:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713563359600000071268586>

Número do documento: 20121713563359600000071268586

Num. 72698486 - Pág. 7



Tertúlia Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02

NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE CHURRA ELETTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.850.832/0001-08 | INSC. FIS. 00085843-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DETALHOS DO CLIENTE

CPE 550-152-114-#8 10/5 2007 9:45 307

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
- SILEITAO 577

Giannipaglia

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL,
BAIXA RENDA COM NIS
Mondim

56820-000

NP-0000000000000000	NP-0000000000000000	NP-0000000000000000
100387203	UNICA	12/03/2020
NP-0000000000000000	NP-0000000000000000	NP-0000000000000000
1234567890	2002392201	73e54

CDN/CONTRATO	DATA
1876929011	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	VALOR PENDENTE PAGAMENTO
19/03/2020	14/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	44,50

SOCIEDADE DA MONTA FRIGORÍFICA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30.000000	0,10136130	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	79.000000	0,1378234	12,18
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	29.000000	0,20664261	7,56
Consumo-TE até 30 kWh	30.000000	0,08927014	2,79
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,17989169	11,18
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	29.000000	0,23983752	8,95
Multa por atraso-NF 09499816 - 11/03/20			0,72
Juro por atraso-NF 09499816 - 11/03/20			0,08
Atualização IGPM-M 09499816 - 11/03/20			0,02

TOTAL DEATHS

44

DEBUTTATIVA DI CONSUMO RICATA NOTA FISCALE

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PDI	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
276820049	CX7	11-02-2020	987,00	12-03-2020	1 003,00	30	-0,0000	0,0000	16.000

DETALHAMENTO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			CONTRIBUIÇÃO DA INDÚSTRIA	
MES/ANO	VALOR	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	GANHO DE ENERGIA	R\$
MAR/20	126				Transmissão	R\$ 2,27
FEV/20	114				Meio Físico (Cálculo)	R\$ 13,79
JAN/20	123				Pérolas de Energia	R\$ 4,24
DEZ/19	124				Reserva Baterística	R\$ 1,26
NOV/19	120				Tributos	R\$ 2,54
OCT/19	144				Total	R\$ 43,88
SET/19	108					100%
AGO/19	130					
Jul/19	108					
JUN/19	84					
MAY/19	102					
ABR/19	107					
MAR/19	112					

[ULTIMI MIGLIOREAMENTI](#)

Fazemos o que é necessário para garantir que os resultados da sua auditoria sejam sempre os mais precisos e relevantes. Nossa equipe de auditores é altamente qualificada e experiente, com anos de experiência em auditorias de sistemas de gestão. Nossa abordagem é baseada na compreensão profunda das necessidades de nossos clientes e no fornecimento de soluções personalizadas que atendem às suas especificações.

As consultas e o gerenciamento de
informações são realizadas através de
um sistema de banco de dados,
que integra universidades, entidades de
ensino médio e empresas que, para
seus objetivos, necessitam de
informações sobre o ensino

— 10 —

VARIAÇÃO E FATORAMENTO DAS INTRADÍTACOES					MÉDIA DE TURISMO	
PERÍODO ANALISADO	VALOR MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENÇÃO NOMINAL (%)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÍNIMO
DIC	0,00	0,03	12,06	24,12	220	202
FIC	0,00	3,36	8,72	13,65		
GBC	0,00	3,54	9,46	16,00		



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 13:56:33
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713563359600000071268586>
Número do documento: 20121713563359600000071268586

Núm. 72698486 - Pág. 8

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Identificação do paciente:	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:

Paciente: RAI WELLINGTON DA SILVA

Idade: Nascimento: 10/01/1997 Idade: 22 Sexo: Masculino Cor: Sem informação
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: CARNAIBA Nacionalidade: Brasileiro
Filiacão Mâe: JORFFA PEREIRA DA SILVA
Atendimento: Ignorado Pai:

Endereço SITIO LEITAO

Cidade: CARNAIBA Complemento:
UF: PE Telefone:

Acompanhante: A MAE
Relação:

Acidente de trabalho: Sim Não

Atendimento Classificação de Risco:

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

Sintoma Principal: Queda de moto + dor em costela (E)

10/01/2020

Assistente de Atendente
Enfermeiro
COREN-PE 352.841

MIRA-S85n711

Informações sobre o Trauma:

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Impacto de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Impacto:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Elemento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:		Motorista <input type="checkbox"/>	Passageiro <input type="checkbox"/>
Perda de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura: m
Natureza:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:		Transporte realizado por:	
Locações de Imobilização adequada:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Por que:	

Exame Físico:

Airal: Via aérea está pélvica: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C

Respiratório: FC: X SPO2

Circulatório: PA: 130 x 80 mm Hg P脉搏: bpm

Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocônicas Anisocônicas

Horário: Abertura Ocular: Glasgow: Resposta Verbal
Hora: Escor: Hora: Glasgow: Resposta Motora

Brônquios:



Atendimento Médico.

Data: 07:42
Hora: 07/01/2020

Médico:

Paciente vítima de acidente de moto há 05 horas, com lesão em estômico (E) nega TCE, perda da consciência, e outras queixas. Relata dor intensa local.

CRM: Juliana Carvalho Freire
Médica CRM-PB: 28464

Diagnóstico Inicial: acidente de moto

Exames Solicitados: Rx abdominal estômico (E)

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

① Tramadol 100 mg/1ml IFAT + 100 ml SE 0,9% 100 ml

② Limpeza local de lesões + Venativo - Assinatura Médico + Carimbo

Assinatura: José André Marinho da Silva
CORES-PB 158-TZ

Assinatura: Juliana Carvalho Freire
Médica CRM-PB: 28464

Queixa Principal:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se Curado Melhorado

Inalterado Piorado

Transferido para:

Óbito

Internado na Clínica:

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 nosocomio, 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: SITIO LEITAO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CARNAIBA

Estado: PE

CEP: 56020973 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 costas e ossos
Fuxo*

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Dor lombar

Diag. Provisório:

Fx ossos

Prescrição:

Dleta: _____

Data

Horário

Osteomart

Tfo crurico

X-ray

Analges

1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 13:56:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713563359600000071268586>
Número do documento: 20121713563359600000071268586

Num. 72698486 - Pág. 11

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

	Nome Paciente:	RAI WELLINGTON DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	18/01/1997
	Sexo:	Masculino
	Idade:	29
	Senha:	U0012
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	578669
	SAME:	

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

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

Prioridade: POCO URGENTE

Cor: VERDE

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

Medicamento(s): DM-
HAS-

Observação: RAOX COM FRATURA DE RÁDIO
NEGA ALERGIA

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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 13:56:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713563359600000071268586>
Número do documento: 20121713563359600000071268586

Num. 72698486 - Pág. 12



NOME: Rui Wellington da Silv

REGISTRO: 529522

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2020

ALTA: 11/01

DIAGNÓSTICO: Tumor da glândula

TRATAMENTO: RAPT

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 06/02 ÀS 7HS

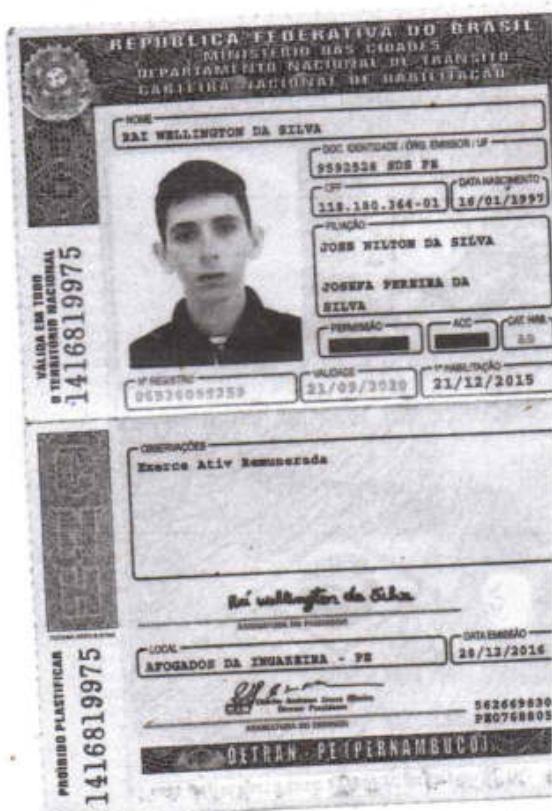
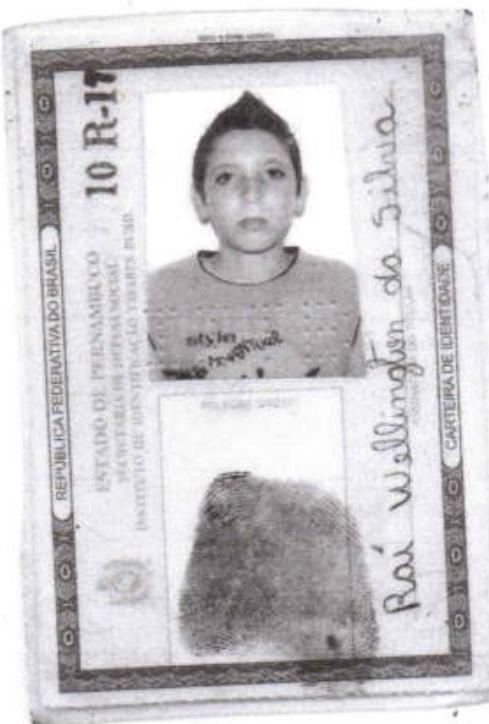
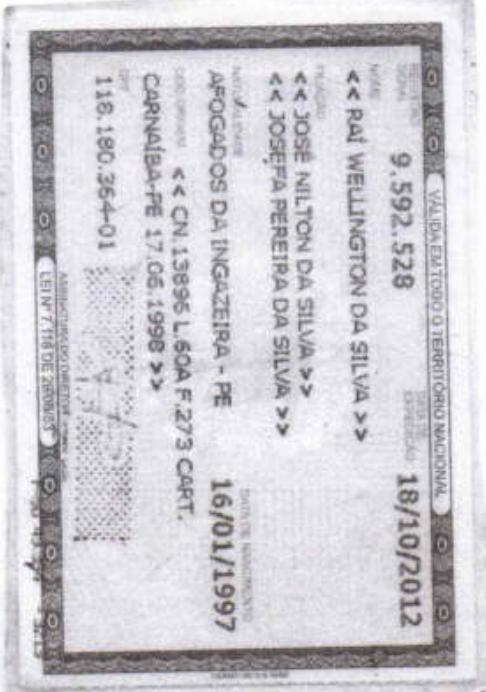
2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:







Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 13:56:33
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171356335960000071268586>
Número do documento: 2012171356335960000071268586

Núm. 72698486 - Pág. 15

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Rai Wellington da Silva

DATA DO ACIDENTE 03.01.2020

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rai Wellington da Silva

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA

AVITIMA É O Rosane

ENDERECO DO PORTADOR - Boticá

Nº 577 COMPLEMENTO Centro

CIDADE Aruanã

UF PE

E-MAIL

TELEFONE (37) 99809-2784

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

() MORTE = R\$ 15.500,00

() INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADA PREVISTA NA LEI 6.194/74.

() DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMOVEDAS.

• 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 FORMULARIO

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE DATA _____
 IDENTIDADE 9.592-528 NOME _____
 ASSINATURA Rai Wellington da Silva

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA

DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA

SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/12/2020 13:56:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713563359600000071268586>
 Número do documento: 20121713563359600000071268586

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149797 Cidade: Arccoverde 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: DLIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

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

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

