

---

**Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200139101**

**Vítima: GUILHERME JONH MELO ANGELIM**

**Data do Acidente: 27/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GUILHERME JONH MELO ANGELIM**

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, 16 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200139101**

**Vítima: GUILHERME JONH MELO ANGELIM**

**Data do Acidente: 27/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GUILHERME JONH MELO ANGELIM**

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **GUILHERME JONH MELO ANGELIM**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **237**

Agência: **000000739-0**

Conta: **000000008074-8**

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](http://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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Impresso nº 2020149106

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 95 / 2020****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2020 14:19:00**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/01/2020 18:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **GUILHERME JONH MELO ANGELIM**  
Nascimento: **14/09/1982** CPF: **972.722.213-72**  
RG: **2001002324040** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **LISL MELO ANGELIM**  
Endereço: **RUA ESTÁDIO, 14**  
Bairro: **MONTE CASTELO**  
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99413-8182**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PNO4294** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:  
**9C2KD0810JR101799** Renavam: **1153830830** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano  
Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **EMERSON ROARKY SABOIA MONTE**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

a vítima qualificada compareceu hoje a esta delegacia e informou que no dia e hora supracitados estava vindo da Areninha conduzindo a moto de um amigo em direção a sua residência; QUE o veículo derrapou numa curva e a vítima caiu ao chão; QUE ao apoiar a mão no chão, quebrou o dedo indicador da mão direita; QUE foi sozinho para o Hospital Municipal de Tamboril, onde foi realizado um Raio X, e posteriormente foi encaminhado para o Hospital de Crateús, onde foi colocado uma tala para imobilizar o dedo; QUE continua com a tala no dedo, e quando tirar iniciará a fisioterapia. E nada mais disse.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

TESTEMUNHA JOSE ARTEIRO ARAUJO FARIAS (CPF 600.898.753-54)

QUE é amigo da vítima; QUE estava na Areninha com a vítima e viu quando ela derrapou numa curva, na saída da Areninha; QUE a vítima foi sozinho para o Hospital de Tamboril; QUE não sabe informar nada sobre o tratamento médico. E nada mais disse.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 95 / 2020**

TESTEMUNHA HELTON DEYVYS RODRIGUES GOMES DA SILVA (CPF 600.906.123-70)

QUE é técnico em radiologia do Hospital Regional de Tamboril; QUE no dia e hora supracitados a vítima foi atendida no Hospital de Tamboril; QUE realizou o procedimento de Raio x na vítima e foi constatado uma fratura no segundo dedo da mão direita. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:** Debora Mendes Amorim Dantas  
**DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Guilherme José Melo Aguiar

**VISTO DO DELEGADO(A):** Luiz Artur de Souza Silva  
**LUIZ ARTUR DE SOUZA SILVA - MAT.: 301253-1-2**

4 205 e AM f l i n e A C O A G K - a r i o

4 Helton Deyvys Rodrigues Gomes Da Silva



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Impresso nº 2020149106



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 95 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2020 14:19:00**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/01/2020 18:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **GUILHERME JONH MELO ANGELIM**  
Nascimento: **14/09/1982** CPF: **972.722.213-72**  
RG: **2001002324040** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **LISL MELO ANGELIM**  
Endereço: **RUA ESTÁDIO, 14**  
Bairro: **MONTE CASTELO**  
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99413-8182**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PN04294** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi: **9C2KD0810JR101799** Renavam: **1153830830** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **EMERSON ROARKY SABOIA MONTE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

a vítima qualificada compareceu hoje a esta delegacia e informou que no dia e hora supracitados estava vindo da Areninha conduzindo a moto de um amigo em direção a sua residência; QUE o veículo derrapou numa curva e a vítima caiu ao chão; QUE ao apoiar a mão no chão, quebrou o dedo indicador da mão direita; QUE foi sozinho para o Hospital Municipal de Tamboril, onde foi realizado um Raio X, e posteriormente foi encaminhado para o Hospital de Crateús, onde foi colocado uma tala para imobilizar o dedo; QUE continua com a tala no dedo, e quando tirar iniciará a fisioterapia. E nada mais disse.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

TESTEMUNHA JOSE ARTEIRO ARAUJO FARIAS (CPF 600.898.753-54)

QUE é amigo da vítima; QUE estava na Areninha com a vítima e viu quando ela derrapou numa curva, na saída da Areninha; QUE a vítima foi sozinho para o Hospital de Tamboril; QUE não sabe informar nada sobre o tratamento médico. E nada mais disse.





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Impresso nº 2020149106

FLS. \_\_\_\_\_

RUBRICA  
AUTORIDADE POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 95 / 2020**

**TESTEMUNHA HELTON DEYVYS RODRIGUES GOMES DA SILVA (CPF 600.906.123-70)**

QUE é técnico em radiologia do Hospital Regional de Tamboril; QUE no dia e hora supracitados a vítima foi atendida no Hospital de Tamboril; QUE realizou o procedimento de Raio x na vítima e foi constatado uma fratura no segundo dedo da mão direita. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*Debora Mendes Amorim Dantas*  
**DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Guilherme José Melo Aragão*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**LUIZ ARTUR DE SOUZA SILVA - MAT.: 301253-1-2**

*João da Silva Amorim Dantas*

*Helton Deyvys Rodrigues Gomes Da Silva*



# 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

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,

TAMBORIL - CC, 20 DE FEVEREIRO DE 2020

X Guilherme Jonny Melo Arvelim

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRADERSCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GUILHERME JONH MELO ANGELIM

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00739-0

CONTA: 000000008074-8

---

---

Nr. Autenticação

BRADERSCO140420200500000000002370073900000000807433750 PAGO

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 160  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 045035509

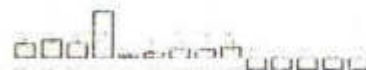
Rota T1019001 - 3300 Referência 12/2019  
Nome GUILHERME JONHI HELO ANGELIM  
Endereço PV COMAR DO ESTÁDIO, 00000, CONJUNTO JOSE NETA,  
03/50-000, TANBORIL  
Classificação Residencial Pleno  
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL  
Ligação Monofásico  
Emissão 28/12/2019  
Medidor 2156445-FAE-170

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual Próxima prevista



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Insc. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
B	15,40	15,40	1,00	12,55	20	12,55	0,75375	127,30

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILLUM PUE PREF MUNIC		17,55
CONSUMO	0,75375	127,30
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01/10	2,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00562	0,95
PARCELAMENTO NORMAL 2x15		15,03

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	151,14	27,00	35,41
PIS	151,14	0,49	0,63
COFINS	151,14	2,24	2,93

20/01/2020

163,72

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

922.722.213-72

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (NCO)<sub>2</sub>

65,97 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(ç) em atraso (Ref:2019/11 Valor R\$143,11). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art 173. Ao todo, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000038203988.  
Períodos: Band. Tarif.: Vermelha - 28/11 - 30/11 Amarela: 01/12 - 28/12  
SE VOCÊ RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENCENDO NÃO TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 36 SEM JUROS, PELO OSCO-UNICREME OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.



38203988

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A ENEL SUZAN LTDA - a Enel Brasil  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 045035509

Rota T1019001 - 3300 Referência 12/2019  
Nome GUILHERME JORNILHO ARGELIN  
Endereço PV COIMAR DO ESTÁDIO, QUADRA, CONJUNTO JOSE NETA,  
63/50-000, IAMBORIL  
Classificação Residencial Pleno  
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL  
Ligação Monofásico  
Emissão 28/11/2019  
Medidor 2156445-EAF-170

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

#### DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista

#### DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (KWh)	Consumo Inicial (KWh)	Consumo Fim (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
B1	15,40	15,40	1,00	15,40	0,00	15,40	0,75375	11,61

#### DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	17,55
CONSUMO	127,30
ADICIONAL BAND. AMARELA	2,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,95
PARCELAMENTO NORMAL 2x15	15,03

Tributo:	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
IMF	151,14	2,00	3,02
PIS	151,14	0,49	0,74
COFINS	151,14	2,74	4,14

20/01/2020 163,72

#### CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

65,97 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA (Vide postos contáct) em anexo (Ref:2019/11 Valor R\$143,11). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTECÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res. ANEEL 414/10 Art. 173. Ao todo, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000038203988.  
Período: Band. Tarifa: Vermelha - 28/11 - 30/11 Amarela: 01/12 - 28/12

SE VOCÊ PREFERIR DUAS CONTAS MESMO SENDO NO MESM MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 12x SEM JUROS, PELO CUSTO ANUALIZADO OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR/GOV BR AS CONTAS NÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODOS DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

Nº: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL**

Crescimento com felicidade

Mo: 19:10 DATA: 27/08/2020Nº SUS: 304605654275624**1. IDENTIFICAÇÃO:**NOME: Guilherme Pontes Amilo Conde IDADE: 37Nº DO DOCUMENTO: 900100324040 ÓRGÃO EMISSOR: SSPCE DATA DE EXPEDIÇÃO: 16/10/2014

C.N.: \_\_\_\_\_ Fis.: \_\_\_\_\_ LIVRO: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_\_ CARTÓRIO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: Fortaleza PROFISSÃO: fun. publico DATA DO NASC.: 14/09/1982EST. CIVIL: solteiro SEXO: cm TELEFONE: 94138382 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua do EstagioFILIAÇÃO: Lis Amilo Conde**2. QUEIXA PRINCIPAL:** Pch ultima de acidente automobilista.**3. HISTÓRIA ATUAL:** Fez Rx + Fratura e 2º QAD.**4. DIAGNÓSTICO** Q**5. CONDUTA:** Px Digirona OFFA IM + Encomenda de Serviço 3º.**6. EXAMES SOLICITADOS:** \_\_\_\_\_**7. P.A.** 130 x 90 mmHg**8. TEMP.:** \_\_\_\_\_**9. PESO:** 85 Kg

Dr. Halisson Castelo Branco

Médico

CREMEC 20.374

Assinatura do Médico





Prefeitura Municipal de Tamboril  
Secretaria de Saúde do Município



## RECEITUARIO

PACIENTE: Guillerme Jonh Angelim  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Atesto

Que paciente foi vítima de acidente automobilístico, com consequente lesão traumática e fratura de 2º quíndalo direito (LID 10 562.6). Está incapacitado de exercer suas atividades laborais.

DATA:

12.03.2020

Breno Milhomens Araoz  
Médico  
CREMEC 19.923

Breno Milhomens Araoz  
Médico  
CREMEC 19.923

PROFISSIONAL CONSELHO

"Juntos podemos impedir a DENGUE. Evite água parada."

# DECLARAÇÃO DA FISIOTERAPIA



TAMBORIL

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente Guilherme Jorge Melo Angelim esta comparecendo ao tratamento de fisioterapia, com o diagnóstico de \_\_\_\_\_. O(A) referido(a) paciente comparece ao tratamento no período da tarde 05 dias por semana. O tratamento teve início dia 02/03/2020 e seu término esta previsto para 01/04/2020

OBS: Diagnóstico = Fratura da falange proximal do 2º quirodático "D".

Mariana Pereira Alves  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO: 246383-F

Ass. e carimbo do responsável.



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

Nº: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL**

Crescimento com felicidade

Mo: 19:10 DATA: 27/08/2020

Nº SUS: 30460564275624

**1. IDENTIFICAÇÃO:**NOME: Guilherme Pontes Amilo Condolim IDADE: 37Nº DO DOCUMENTO: 90100324040 ÓRGÃO EMISSOR: SSPC DATA DE EXPEDIÇÃO: 16/10/2014

C.N.: \_\_\_\_\_ Fis.: \_\_\_\_\_ LIVRO: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_\_ CARTÓRIO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: Fortaleza PROFISSÃO: fun. publico DATA DO NASC.: 14/09/1982EST. CIVIL: Solteiro SEXO: cm TELEFONE: 94138382 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua do EstagioFILIAÇÃO: Luis Amilo Condolim**2. QUEIXA PRINCIPAL:** Pch uterina de aspecto eutombolista.**3. HISTÓRIA ATUAL:** Fez Rx + Frase em 20/08/20.**4. DIAGNÓSTICO:** **5. CONDUTA:** Px Digirone OFA IM + Encaminh. p/ Service 3°.**6. EXAMES SOLICITADOS:** \_\_\_\_\_**7. P.A.** 130 x 90 mmHg**8. TEMP.:** \_\_\_\_\_**9. PESO:** 85 Kg

Dr. Halisson Castelo Branco

Médico

CREMEC 20.374

Assinatura do Médico

Sistema Hospitalar - Tamboril 2020 - 0001

ASL-0070458/20  
lidia.cunha.0081  
03/04/2020 16:11:40ASL-0070458/20  
lidia.cunha.0081  
03/04/2020 16:11:40ASL-0070458/20  
lidia.cunha.0081  
03/04/2020 16:11:40ASL-0070458/20  
lidia.cunha.0081  
03/04/2020 16:11:40



Prefeitura Municipal de Tamboril  
Secretaria de Saúde do Município



## RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Guilherme Jorge Angelim

ENDEREÇO:

Alto

Este paciente foi vítima de acidente automobilístico, com consequente lesão traumática - fratura de 2º quíntula direita (L10 10 562.6). Está incapacitado de exercer suas atividades laborais.

DATA:

12/03/2020

Dr. Bruno Mazoni Aguiar  
Médico  
CREMEC 19.823

Dr. Bruno Mazoni Aguiar  
Médico  
CREMEC 19.823

PROFISSIONAL CONSELHO

"Juntos podemos impedir a DENGUE. Evite água parada."



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1084506657	NOME GUILHERME JONH MELO ANGELIM	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / 2001002324040 SSP CE	
	CITY 972.722.213-72	DATA NASCIMENTO 14/09/1982
	FUNÇÃO LISEL MELO ANGELIM	
	PERMISSÃO	ACC
	CAIXA	2.0
	Nº IDENTIFIC	03558251663
	VALIDADE	05/03/2020
	1ª HABILITAÇÃO	02/04/2005
	OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO:	
Assinatura do portador <i>Guilherme Jonh Melo Angelim</i>		
PRIMEIRO PLASTIFICAR 1084506657	LOCAL CRATEUS, CE	DATA EMISSÃO 10/03/2015
	Assinatura do emissor <i>João Maciel de Faria</i>	
	50826950275 CE146507576	
	ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN-CE (CLARA)		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**Nome**  
GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR**  
2001002324040 SSP CE

**CPF**  
972.722.213-72

**DATA NASCIMENTO**  
14/09/1982

**Função**  
LISL MELO ANGELIM

**PERMISSÃO** **ACC** **CE/BA**  
J.B.

**Nº MONTO**  
03558251663

**VALIDADE**  
05/03/2020

**1ª HABILITAÇÃO**  
02/04/2005

**Observações**  
SEM OBSERVAÇÃO;

*Guilherme Jonh Melo Angelim*  
Assinatura do Portador

**LOCAL**  
CRATEUS, CE

**DATA EMISSÃO**  
10/03/2015

*Idem Valencioles Ponte*  
Assinatura do Emissor

**50826950275**  
**CE146507576**

**DETRAN-CE (CEARA)**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
1084506657

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
1084506657



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070458/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 27/01/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

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](http://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: 21/02/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

ALANA DA SILVA DE MATOS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070458/20

**Número do Sinistro:** 3200087688

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 27/01/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 12/03/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

ANDERSON DE SOUZA LEITE



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108637/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 27/01/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

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](http://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: 03/04/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

**FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 2200/087688

Data da solicitação: 12-03-2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: GUILHERME JUNH MELO ANGELIM

CPF do beneficiário: 972.722.213-72

Nome do solicitante: GUILHERME JUNH MELO ANGELIM

CPF do solicitante: 972.722.213-72

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: (58) 99291-1706 Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail: edmilsonkapyx@hotmail.com

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

DECLARO QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM CONSEQUÊNCIA DE FRATURA NO 2º DEDO DA MÃO DIREITA. SENDO DIFICULTADO O EXERCER DAS ATIVIDADES DIÁRIAS.  
ATENCIOSAMENTE:

Tamboril - 06.30 de MARÇO de 2020  
Local e DataGuilherme Junh Melo Angelim  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108637/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 27/01/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

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](http://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: 03/04/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

**FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 2200/087688

Data da solicitação: 12-03-2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: GUILHERME JUNH MELO ANGELIM

CPF do beneficiário: 972.722.213-72

Nome do solicitante: GUILHERME JUNH MELO ANGELIM

CPF do solicitante: 972.722.213-72

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: (58) 99291-1706 Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail: edmilsonkapyx@hotmail.com

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

DECLARO QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM CONSEQUÊNCIA DE FRATURA NO 2º DEDO DA MÃO DIREITA. SENDO DIFICULTADO O EXERCER DE ATIVIDADES DIÁRIAS.  
ATENCIOSAMENTE:

TAMBORIL - 06.30 DE MARÇO DE 2020  
Local e DataGuilherme Junh Melo Angelim  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200139101 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200139101 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM **Data do acidente:** 27/01/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070458/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 27/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

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](http://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: 21/02/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

ALANA DA SILVA DE MATOS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070458/20

**Número do Sinistro:** 3200087688

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 27/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 12/03/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108637/20

**Vítima:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

**CPF:** 972.722.213-72

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 27/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GUILHERME JONH MELO ANGELIM

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**GUILHERME JONH MELO ANGELIM : 972.722.213-72**

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](http://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: 03/04/2020  
Nome: GUILHERME JONH MELO ANGELIM  
CPF: 972.722.213-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

GUILHERME JONH MELO ANGELIM

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA