

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

876.768.725-00

Sergio Costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Marcia Santos de Jesus

CPF titular da conta

018.488.11535

Profissão

Sem Profissão

Endereço

Rua Maria Fonteca Moraes

Número

204

Complemento

Casa B

Bairro

Olaria

Cidade

Aracaju

Estado

Sergipe

CEP

49092-450

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRASESCO (237)

BANCO DO BRASIL (003)

ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

1500

(Informar dígito se existir)

000395121

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência bancária. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Aracaju SE 18 de Janeiro de 2018

Local e Data

SHISLEY CORRETORA

26 JAN, 2018

DPVAT/SE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

875.768.725-00

Sergio Costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Laura Ferreira dos Santos	CPF titular da conta	067.708.835-38	Profissão	Sem Profissão
Endereço	Av. General Euclides Figueiredo	Número	183	Complemento	Lado Par
Bairro	Soledade	Cidade	Aracaju	Estado	Sergipe
E-mail		CEP	49089-025	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	BANCO _____ Agência _____ Conta _____

AGÊNCIA NRO	DIV	CONTA NRO	DIV	AGÊNCIA NRO	DIV	CONTA NRO	DIV
2186		00.090.722	7				
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

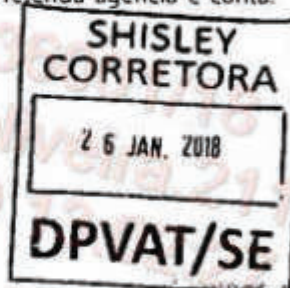
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Aracaju - SE, 26 de Janeiro de 2018
Local e Data

Laura Ferreira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPL

☐ ATARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

875-768-725-00 Sergio Costa dos Santos

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:

Sandra Regina Freitas da Silva

020-985-375-19

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

funcionista

Rua B. Lotamento Dundo

37

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Cidade Nova

Aracaju

SE

49070-784

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

Maduocaria 2019@gmail.com

07999130-9121

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)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2175

CONTA: 00033528 2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

26/09/2017

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:

Companheira

Sandra Regina Freitas da Silva

28 - Vítima teve filhos?

☒ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

3

Falecidos:

0

30 - Vítima deixou nascituro (se houver)?

☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

2

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☒ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: Amauri Santa dos Santos

CPF: 042.607.785-79

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Bruno Xavier dos S.

CPF: 077-801-455-06

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ARACAJU/SE 23/01/2020

Sandra Regina Freitas da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível. É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS	
01 a 16	Registro de informações cadastrais
Preencher corretamente de acordo com a documentação.	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL	
17	Nome completo do Representante Legal
18	CPF do Representante Legal
19	Profissão do Representante Legal
OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR): - Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42). - Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).	

DADOS BANCÁRIOS	
20	Renda Mensal do Titular da conta
21	Dados bancários
OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO: - O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador). - Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.	

INVALIDEZ PERMANENTE	
22	Declaração de Ausência de Laudo do IML
Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.	

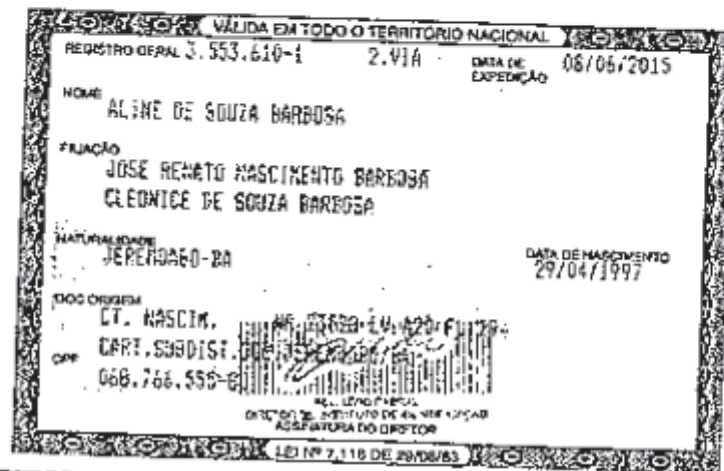
MORTE	
23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários
A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.	

NÃO ALFABETIZADO	
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)
OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO: Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo). Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo). Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. - 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), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.	

TESTEMUNHAS	
38	1ª testemunha
39	2ª testemunha
OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS: Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha. Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha. - A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.	

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO	
40	Local e Data
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42	Assinatura do representante legal (se houver)
43	Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura do procurador devidamente nomeado.	

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoradpvat.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) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
 SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Ouvidoria: 0800 021 91 35



PARECER DE NEXO CAUSAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180058975

Cidade: Aracaju

Natureza: Morte

Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

Data do acidente: 31/05/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Data do parecer: 20/03/2018

Conclusão do nexo: Não

Parecer médico: Causa mortis Insuficiência cardíaca congestiva não relacionada a lesão no pulso decorrente do trauma

Documentos solicitados: BO
Certidão de óbito

PRESTADOR

EXMED RIO CONSULTORIA TECNICA LTDA - ME

Emissor do parecer: RICARDO DIAS DA CRUZ MORAES

Médico avaliador: RICARDO DIAS DA CRUZ MORAES

CRM do médico: 52294554

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 08/06/2006

REGIÃO GERAL 410.300 2.VIA DATA DE EMISSÃO

NOME: AGOSTINHO SANTOS DE JESUS

FLUXO: LUIZ CARLOS COSTA DE JESUS

MARIA RUIZ ADRIANA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 09/03/1981

CPF: 038.062.405-71

RG: 498.118

ESTADO: SP

CIDADE: SÃO PAULO

ENDEREÇO: RUA ...

CEP: ...

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO EMITENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES"

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

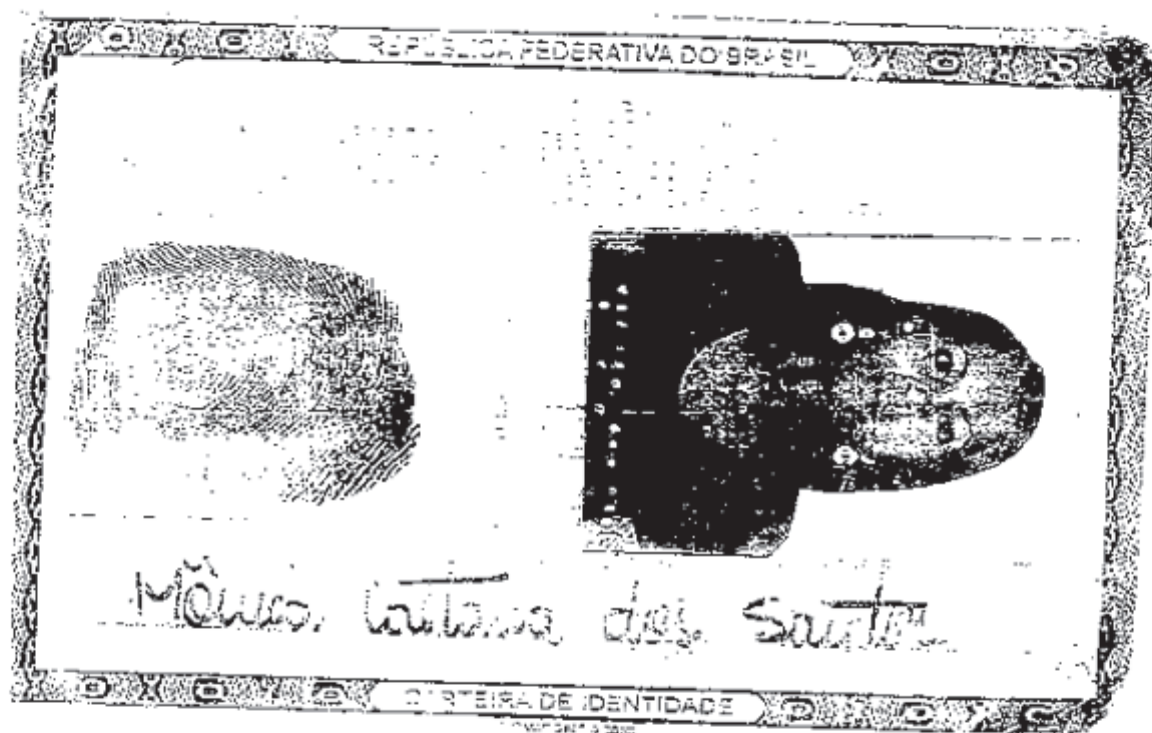
SHISLEY
CORRETORA

28 FEV 2019

DPVAT/SE

Outros





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.05.1903-5 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 10/01/2013

NOME MONICA CATARINA DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSE PEDRO DOS SANTOS
MARIA JOSE DOS SANTOS

NATURALIDADE APACATI-RJ DATA DE NASCIMENTO 17/12/1953

DOC ORIGEM 01.198.127. AR 943 LV 08 FL 234

CPF 0281 0187 54-0000000 COM. RICHARDELO/SE

015.354.545-46

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.016 DE 29/08/83

JOHNETY FERREIRA

SHISLEY
CORRETORA

28/01/2019

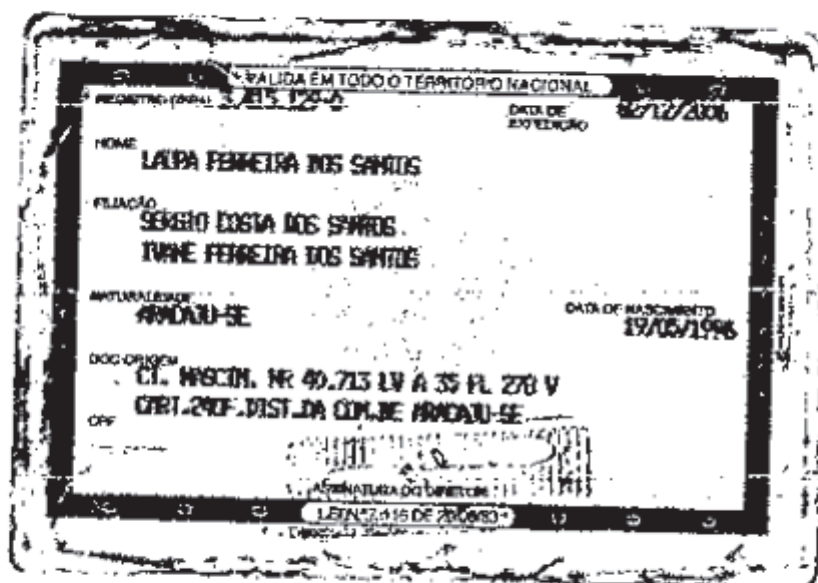
DPVAT/SE



Documentos de identificação



SHISLEY CORRETORA
26 JAN, 2018
DPVAT/SE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.708.835-38

Nome
LAURA FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento
19/05/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN. 2018

DPVAT/SE

CARTÓRIO PIERETE

8º Office de Notas e Registro
Civil das Pessoas Naturais
República Federativa do Brasil
Aracaju - Estado de Sergipe



Documentos de Identificação



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às folhas 058, do livro A nº 0209 de Registro de Nascimento, sob nº de ordem 102947, foi lavrado o assento de: **YASMIN JESUS COSTA DOS SANTOS**, do sexo feminino, nascida no dia vinte e dois de outubro de dois mil e oito (22/10/2008), às vinte e duas horas e trinta e cinco minutos, no Hospital Santa Isabel, Aracaju Estado de Sergipe, sendo filha de **Sergio Costa dos Santos**, motoboy, natural de Aracaju, Estado de Sergipe e de **Marcia Santos de Jesus**, prendas do lar, natural de Aracaju, Estado de Sergipe

São avós paternos: **Pedro Nascimento Santos** e **Laura Costa dos Santos**. -.-.-

São avós maternos: **Luiz Carlos Costa de Jesus** e **Maria Auxiliadora dos Santos**. -.-.-

Foi apresentada a declaração de nascido vivo nº 0450120803. -.-.-

Registro lavrado no dia 10 de novembro de 2008. -.-.-

Foi declarante **Sergio Costa dos Santos**. -.-.-

Observações: -.-.-

O referido é verdade e dou fé.
Aracaju, 10 de novembro de 2008.

Maria Izabel de Sá Moura
MARIA IZABEL DE SA MOURA
ESCREVENTE AUTORIZADA



PRIMEIRA CERTIDÃO (ISENTO DE EMENDAMENTOS LEI 9534/97)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.383.191 2.VIA DATA DE EMISSÃO 25/09/2010

NOME MARCIA SANTOS DE JESUS

LUIZ CARLOS COSTA DE JESUS
MARIA AUXILIADORA DOS SANTOS

ARACATUBA-SE 19/06/1977

CT. PROCEDEMO 18 17.415 LV 488 FL 9V
CST. 113F. CST. 001A/001AF
CIB. 115-25

REPÚBLICA F. E. L. ATUAL DO BRASIL

Marcia Santos de Jesus.

Documentos de identificação



 **CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição
043.438.145-35

Nome
MARCIA SANTOS DE JESUS

Nascimento
19/06/1977

**SHISLEY
CORRETORA**

26 JAN. 2018

DPVAT/SE