



Número: **0845601-52.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 675,00**

Processo referência: **0845601**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MARCOS DA SILVA FILHO (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33010761	07/08/2020 10:33	2741051_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190008971

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 05/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

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

Carta nº 13780237

Pag. 01589/01590 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190008971

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 05/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003146

Conta: 0000004957-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 050157244 97 CPF da vítima: 050157244 97 Nome completo da vítima: José Marcos da Silva Filho

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

Nome completo: José Marcos da Silva Filho CPF: 050157244 97

Profissão: Camareiro Endereço: Rua Rivalva O. da Silva Número: 374 Complemento: APTO 102

Bairro: Grammahe Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58068-115

E-mail: Tel. (DDD):

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3146 CONTA: 049 57 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ao Fundo de Reserva da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão: Local e Data: João Pessoa - PB 02/01/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

02 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

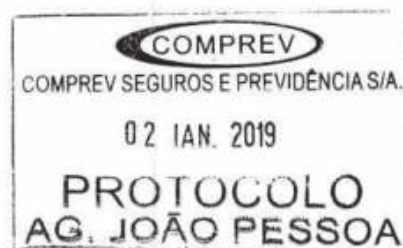
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10048.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10048.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:13 horas do dia 20 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **José Marcos da Silva Filho**, CPF nº 050.157.244-97, RG nº 281171934 SECC/RJ, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Gesilda Silva dos Santos e José Marcos da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/08/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Risalva Oliveira da Silva, Nº 174, complemento ap. 102, residencial SHALOM, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Não Possui, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99843-5959.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Otacília Patriota de Almeida, Próximo Ao Posto de Combustível, João Pessoa/PB, bairro Água Fria;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/08/18 10:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava trafegando na rua Otacília Patriota de Almeida, bairro Água Fria, nesta capital, com seu veículo MOTO SHINERAY XY 50, com placa: OFG-3921/PB, chassi: LXYXCBL09F0229619, RENAVAM: 01140493997, registrado em nome de sua genitora, quando a condutora de um carro que vinha em sua frente, freou de repente com a lanterna de freio apagada, e culminou colidindo na lanterna traseira do lado do motorista deste carro. Relatou que foi socorrido pela própria condutora do carro para o TRAMINHA DE MANGABEIRA onde ficou internado para ser cirurgiado (certidão nº 1616/2018, expedida pela médica FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO, CRM/PB: 4516).

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de dezembro de 2018.


LIÉLIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia


JOSÉ MARCOS DA SILVA FILHO
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 050157244 97 CPF da vítima: 050157244 97 Nome completo da vítima: José Marcos da Silva Filho

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

Nome completo: José Marcos da Silva Filho CPF: 050157244 97

Profissão: Camareiro Endereço: Rua Rivalva O. da Silva Número: 374 Complemento: APTO 102

Bairro: Grammahe Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58068-115

E-mail: Tel. (DDD):

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3146 CONTA: 049 57 8 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento em caso de condenação criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão: _____ Local e Data: João Pessoa - PB 02/01/19

Nome: _____ 1ª Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLADO AG. JOÃO PESSOA

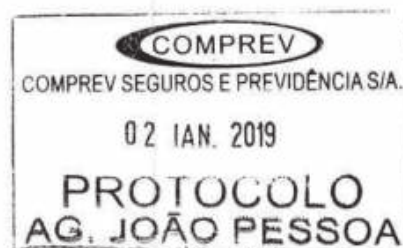
02 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 150982 Atd: Nao Regul
Data: 05/08/2018
Hora: 11:14:38
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2018.04.001327

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 281171934 Fone: 998435959

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1983 Id: 35 ano(s)

End.: RUA RISALVA OLIVEIRA DA SILVA, 174*NAO POSSUI CNS, ORIENTADO

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: GESILDA SILVA DOS SANTOS

Pai: JOSE MARCOS DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COZINHEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

Tel/Doc. Responsavel: 998435959 / IDENTIDADE: 281171934

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO HJ PELA MANHA

Vitima de violência por: POR TRAZ DA PREFEITURA EM AGUA FRIA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Caixa Principal

ERE TRAUMA EM REGIAO DO DEDO DA MAO D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente Acidentado com lesão moto x

em 4º QDD.



Diagnostico

Conduta

Fratura 4º MTC com desvio M. FX 4º MTC D.

Prescrição

Horario da medicação.

ROTACIONAL.

INTERVALO PITRATAMENTO clinico

DR. JACQUES



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia

☐ Alta a pedido

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

☐ Transferido

☐ Enfermaria

☐ Desistencia

Obito:

☐ UTI

☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03146

CONTA: 000000004957-8

Nr. da Autenticação 87D2C36267EA44CB





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

71750.000

RECEBUE 16

08/11/2018

COMTA DE CONTADOR DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

REGINA FLORINDO DA SILVA
RUA RINALVA OLIVEIRA DA SILVA, 174 APTD 102
GRAMAME JOAO PESSOA PB 58068-115

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Bônus	
001.036.219.0003.102	102	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V16N123492	25/10/2016	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
MÉDIA DE CONSUMO MENSAL (LITROS) - TARIFA DE DTA - PROXIMA LIGADA						
93	104	11	23	03/12/2018		
MÉDIA DE CONSUMO MENSAL (LITROS) - TARIFA DE DTA - PROXIMA LIGADA						
001/2018	10	PARÂMETROS	LITG	ÁGUA	ESGOTO	
001/2018	10	TURBIDEZ	0	0	0	
001/2018	10	TIPO	0	0	0	
001/2018	9	COL. TENSÃO	0	0	0	
001/2018	9	COL.	0	0	0	
001/2018	9	COL. TOTAL	0	0	0	
MÉDIA (L)	9	DADOS REFERENTES A 01/11/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 05/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:17

DESCRIÇÃO

DESCRIB

TOTAL

ÁGUA

DESCRIB

TOTAL

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3

37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,20 POR M3

1 M3

4,20

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRINTA E SEIS MIL E CINCO CENTOS E CINQUENTA E DOIS REAIS

VENCIMENTO:

17/11/2018

Total a Pagar:

R\$ 42,00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO TATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA E PERDIDA, NÃO TEM DOG GARRE"

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Número do documento: 20080710332366500000031602476

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Marcos da Silva Filho inscrito
(a) no CPF sob o Nº 050.157.244-97 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima
Jose Marcos da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.157.244-97 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Agente Fiscal Jose L. Duarte</u>	Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	CEP <u>58056-380</u>
	Telefone celular (DDD) <u>99345-1170</u>	

Jose Roberto de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



DLRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gesilda da Silva dos Santos,
RG nº 369.782-2-VIA data de expedição 04/06/2018
Órgão SSAS portador do CPF nº 160.811.454-68, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Marilene Barbosa dos Santos, nº 40.1 B-3/AP109
complemento Paratibe, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Marcos da Silva Filho cujo o condutor era
Jose Marcos da Silva Filho.

Veículo: Ciclomotor
Modelo: SHINERAY XY 50Q
Ano: 2015
Placa: OFG3921/PB
Chassi: LXYXCBL09F0229619
Data do Acidente: 05/08/2018
Local e Data: Atras da Prefeitura 05/08/18

Gesilda da Silva dos Santos
Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA MARCELINO KUBITSCHEK, 819 - ERICÓSTO MENEZES - CEP 58075-401 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (33) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de GESILDA DA SILVA DOS SANTOS, [112354], J.Pessoa-PB, 14/12/2018 12:51:41
Emol: R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepj: R\$1,90 ISS: R\$0,47. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMOPOLITANA SILVA
Selo Digital A#X88650-7XRO Consulte em
<https://cartoriototal.finh.tre.br>





CERTIDÃO

Nº. 1616/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 150982 e Prontuário nº 2018.04.001327 pertencentes a **JOSE MARCOS DA SILVA FILHO** que foi atendido dia 05/08/2018 às 11H14min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em 4º dedo da mão direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 4º dedo da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/08/2018 com alta médica dia 13/08/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de novembro de 2018


Médica
CRM/PB 4516





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 05/08/18

Nome: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1/_____
Escolaridade: _____

QPD: DOR e DEFORMIDADE em 4000

HDA: VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, COM
TRAUMAS CR. INF.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Inchaço de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez do abd. [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/08/2020 10:33:25

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710332366500000031602476

Número do documento: 20080710332366500000031602476

Num. 33010761 - Pág. 16

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOAHipóteses Diagnósticas: FX 4º MTC @, com desvio rotacionalConduta: internação p/ tratamento cirúrgico.



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

CPF 291171934 SECC RJ

CPF 550.157.244-97 DATA NASCIMENTO 23/08/1987

FUNÇÃO
JOSE MARCOS DA SILVA
GISELDA SILVA DOS SANTOS

PERMISSÃO PERMISSÃO REC. CALIBRE 38

Nº EMERG 07066378181 DATA 11/07/2018

1656472180

PROIBIDO PLASTIFICAR

1656472180

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA 11/07/2018

ASSINATURA DO EMISOR 50254151837 PB036338176

PARAÍBA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 PATRIMÔNIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIDADE / OUTR EMISSOR DE
 2427718 SSP PB

CITY
 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
 21/08/1982

PERIÓDO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
 NCC
 CEFIM
 5

Nº REGISTRO
 01851269660 VALIDEZ
 16/01/2019 1ª EMISSÃO
 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR
 894056231

ASSINATURAS

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
 17/01/2014

66588356744
 PB027919595

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 02 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190008971 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190008971 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Marcos da Silva Filho
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão baladeiro, CI RG nº 281171934
 CPF/MF nº 050.157.244-97 residente e domiciliado(a) à Rua Riserva de Oliveira da Silva, nº 174 AP 102,
 Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58068-115, telefone 98663-4100, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 14 de Dezembro de 20 18.

Jose Marcos da Silva Filho

OUTORGANTE

Cartório Garibaldi
 9º Ofício de Notas

Cartório Garibaldi
 9º Ofício de Notas
 Av. Epitácio Pessoa, 2649
 Tambourinho - João Pessoa - Paraíba
 F: (81) 3241.0077 - Fax: (81) 3241.0903
 Reconheço por autenticidade as(s) firma(s) de JOSE MARCOS DA SILVA FILHO(11950311). Em test. de veracidade, fe. João Pessoa-PB 14/12/2018 16:02:48.
 PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto
 V1P-R\$12,10, Fepj R\$1,89, Fardem R\$0,28, ISS R\$0,47
 Operador: ICARO, Selo Digital: AH12242-ROXX - Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001767/19

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

CPF: 050.157.244-97

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 05/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

JOSE MARCOS DA SILVA FILHO : 050.157.244-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001767/19

Número do Sinistro: 3190008971

Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

CPF: 050.157.244-97

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 05/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARCOS DA SILVA
FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

