



Número: **0027313-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DILMA MARIA DA SILVA (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66512094	18/08/2020 14:51	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11941290

A/C: DILMA MARIA DA SILVA

Sinistro: 3170589628 ASL-0420527/17
Vítima: DILMA MARIA DA SILVA
Data Acidente: 09/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS PAULO LOPES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00649/00650 - carta_02



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **DILMA MARIA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3170589628**
Vítima: **DILMA MARIA DA SILVA**
Data do Acidente: **09/04/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS PAULO LOPES DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170589628**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando
página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00353/00354 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12027995



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **DILMA MARIA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170589628**
Vitima: **DILMA MARIA DA SILVA**
Data do Acidente: **09/04/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS PAULO LOPES DOS SANTOS**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170589628**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12880667

Pag. 00033/00034 - carta_16 - INVALIDEZ



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

046.483.634-42

Nome completo da vítima

DILMA MARIA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	DILMA MARIA DA SILVA		CPF titular da conta	046.483.634-42	Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA LIDIO FLORENTINO		Número	800	Complemento	
Bairro	CENTRO	Cidade	SÃO JOSÉ COROÁ GRANDE	Estado	PE	CEP
Email					Telefone (DDD)	(82) 93141-0977

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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

2124

DV

CONTA

Nº

51213

DV

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº

(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.

SÃO JOSÉ COROÁ GRANDE, 10, OUTUBRO de 2017

Local e Data

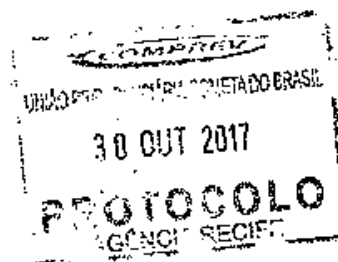
Dilma maria da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
1-770/16



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Boletim de ocorrência



I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	SÃO JOSE DA COROA GRANDE	Rodovia	PE-060	Km	
Ponto de Referência	EM FRENTE AO ESCRITÓRIO IMOBILIÁRIO RODOLFO VERAS	Data	09/04/2016		
Dia da Semana	SABADO	HORA/OCORRÊNCIA	18:10	Hora/Cheg./Pr	18:35

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	CÓLISÃO	CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	Longitudinal	Frontal X	Posto, Árvore	Tombamento
Animal	Transversal	Traseira	Muro, Casa	Saída da Pista
			Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	-	IDENT.	02	NÃO IDENT	TOTAL 02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA	CONDIÇÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMÁFORO
Longo da Via X	Seca X	Bom X	Manhã	S/Defeito
Cruzamento	Molhada	Chuva	Tarde	C/Defeito
Outros	Enlameada	Neblina	Noite X	Desligado
	Olhada	Garça	Madrugada	N/Existe X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

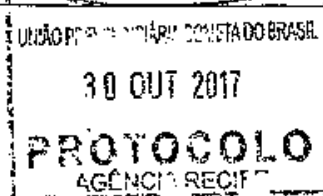
Policial X	Placa "Pare"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F. Pedestre	Placa "Dê a Pref."	Única	Faixa Contínua
F. Retenção	Não há Placas X	Dupla X	Canal Central
			Blocos
			Outros X

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2	COMPORTAMENTO - V1/V2
Realizado no Local	Permaneceu no local V2
Enc. Para Exame V2	Socorrido VI
Não foi Realizado VI	Evadiu-se

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			



01



VIII - VEÍCULOS

QUANTO A TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI/V2	Passageiro	VI/V2	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	VI/V2
De tração animal		Tração		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	HONDA	Modelo	CG 150	Ano	2010	Renavam	255362293	Placa	PIU-6198
Município	CATENDÉ PE	Nº do Chassis							
Carregado		Apreendido		X		Liberado		Evadiu - se	
Proprietário									
Residência									
Município		Rg.		Org. Exp.			Bairro	CPF	
Conduzir									
Residência									
Município	SÃO J.C. GRANDE PE	Rg.	10242862	Org. Exp.	SDS PE		Bairro	CPF	CENTRO
CNH/Pront./Nº		Categoria		Validade				Hora/Dia	

VEÍCULO - 02

Marca	FIAT	Modelo	PALIO	Ano	1997	Renavam		Placa	KJA-4459
Município	BARREIROS PE	Nº do Chassis							
Carregado		Apreendido		X		Liberado		Evadiu - se	
Proprietário									
Residência									
Município		Rg.		Org. Exp.			Bairro	CPF	
Conduzir									
Residência									
Município	SÃO J.C. GRANDE PE	Rg.		Org. Exp.			Bairro	CPF	
CNH/Pront./Nº		Categoria		Validade				Hora/Dia	

TESTEMUNHA - 01

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência							
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CPF	

TESTEMUNHA - 02

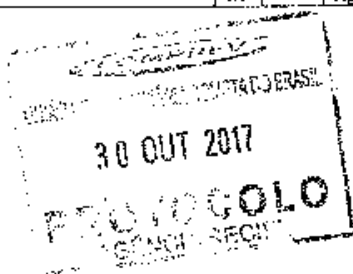
Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência							
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 01

Nome	FELIPE BENEDITO DA SILVA	Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves		Mortais	
Estado Civil		Idade	18	Sexo	MASC	Nacionalidade	Naturalidade
Profissão		Residência					
Município	SÃO J.C. GRANDE	UF	PE	Rg.	10242862	Org. Exp.	SDS PE
Socorrido							
Dados Fornecidos Por							
Residência							
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF

VÍTIMA - 02

Nome	DILMA MARIA DA SILVA	Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais	
Estado Civil		Idade	36	Sexo	FEM	Nacionalidade	Naturalidade
Profissão		Residência					
Município		UF		Rg.	8407788	Org. Exp.	SSP PE
Socorrido							
Dados Fornecidos Por							
Residência							
Município		UF		Rg.		Org. Exp.	CPF



XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162, I CTB)	V1	Deixar de Prestar Inform. s/acid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB)	V1	Desob. Ordens do Agente trãns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 163 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ilég. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. Pã Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

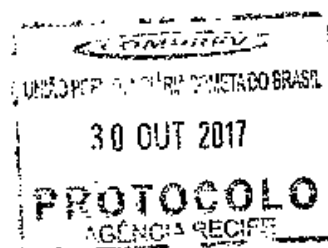
XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	X
2. Comunicado à Delegacia de	DP DE PALMARES			Hora 22:30
Nome do Recebedor da Ocorrência	ESCRIVÃO EMANOEL			Matricula 172783-6
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	CP PM	Matricula	NOME
XVIII – Digitador da SSTA	SD PM YIALLE		Of. Chefe da SSTA	CAP PM NEGROMONTE

Conferir com o original que me foi apresentado.

Data: 17/10/2017

[Assinatura]



02



IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas	
Ônibus, Caminhão ou Trator -	
Trem -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -	
Pedestre	
Animal -	
Objeto Fixo	
Incêndio -	
Marcha à frente -	
Marcha à Ré -	
Derrapagem -	
Capotamento ou Tombamento -	
Local da colisão -	
Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO





XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	VF	V2	
Dirigir SV CNH (Art. 162, I. CTB)			
Conduzir veic. <i>≠</i> doc. Port. obrig. (Art. 232 CTB)			Deixar de prestar inform. SV (Art. 176. v. CTB)
Contrair veic. <i>≠</i> doc. Port. obrig. (Art. 232 CTB)			Desob. Ordens do Agente Trans (Art 195 CTB)
Dirigir sob influência Alcool. (Art. 165 CTB)			Conduzir veic. <i>de</i> laque violado (Art. 230. I CTB)
Deixar de prestar socorro <i>a vítima</i> (Art. 176. CTB)			Conduzir veic. <i>≠</i> placa (Art. 230, IV. CTB)
Deixar de adaptar prov. P/ evitar perigo trans. (Art. 176. CTB)			Conduzir veic. <i>de</i> placa ileg. (Art. 230 VI CTB)
Deixar de prestar v. local de acid. (Art. 176 III CTB)			Conduzir veic. <i>Ante</i> De carn. (Art. 230. VII CTB)
Deixar de remover veic. Qdo Determin. (Art. 176. IV CTB)			Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230. IX)
			Outras

XIII - CROQUIS

UNIAO PESSOAL E COMETA DO BRASIL

30 OCT 2017

PROTOKOLO
AGENCIA RECIFE

$$P_E = \overline{DEO}$$

Barrington

MANASOLI

XIV - SIMBOLOGIA

 Automóvel e outro veículos de 4 rodas
 Ônibus, Caminhão e Títor
 Trem
 Veículo de 2 ou 3 Rodas
 Pedestre
 Animal
 Objeto Fixo

 Incêndio
 Marcha à Frente.
 Marcha à Ré
 Derapagem
 Capotamento ou Tombamento
 Local da Colisão
 Depois da Colisão

XV - AVARÍAS APARENTES

Honda 166 150

VEÍCULO - 1

VERGULO - 1
 - Quebragusto: perinet, panof e sano,
 loto dianteno, betrovipnes, Cherelegem;
 - Exuperamento: Quiclor, burgola
 - kurausamento: Sangue
 - banco clunificado.

VEÍCULO - 02

Fiert ParGo KJA 46.54

- Quebramento: total, para Choque
dianteiro.
Avaria menor: capô.

Амаранто: сарі



XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Nome do recebedor da ocorrência: _____

Hora: 22:30

Matriecula: 272 783-6

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD

MATRÍCULA

NOME

ASS:

XVIII – Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:







BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº I-770, 2016).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(12)

EXAMINADO
A
P.P.

30 OUT 2017
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

Veículo: _____
Nome do Condutor: _____
RG: _____
Placa do Veículo: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
Data: ____/____/____ Hora: ____:____



Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

04







BATALÃO DE POLÍCIA Rodoviária
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)

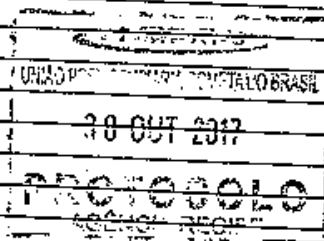


DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº I-770 / 2016).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(Handwritten signature)

50000000



(Handwritten signature)

Veículo: _____

Nome do Condutor: _____

RG: _____

Placa do Veículo: _____

Órgão Expedidor: _____

CPF: _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

05



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

ASL-0000855117
EU, **DILEMA MARIA DA SILVA**

carteira de identidade nº **8.407.788** e inscrito no CPF/ME sob o nº **046.483.634-42**

residente e domiciliado no(a) **D. D. FLORETINO (RUA) Nº 800, CENTRO**

SÃO JOSÉ DA CORUA GRANDE Estado de **PERNAMBUCO**, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

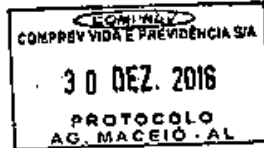
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Dilema Maria da Silva

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

ASL-0000855117
Managetti 18 de Outubro de 2016
30/10/2017 14:29:05



Comprovação de ato declaratório



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE-PE

BASE DESCENTRALIZADA - REGISTRO DE ATENDIMENTO

At. **ASL-0000**
Declaratório
amanda.silva.0049
30/10/2017

ASL-0000
amanda.silva.0049
30/10/2017

DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/04/16	NÚMERO DA OCORRÊNCIA: 52155291
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Colisão carro + moto	
HORA DO CHAMADO: 17:43 H	CHEGADA NO DESTINO: 18:03 H
CHEGADA AO LOCAL: 17:50 H	SAÍDA DO DESTINO: 18:40 H
SAÍDA DO LOCAL: 18:00 H	CHEGADA NA BASE: 22:35 H
UNIDADE MÓVEL: 1331010	

IDENTIFICAÇÃO	
PACIENTE: <u>Walter Moreira da Silva</u>	IDADE: 37 anos
SEXO: <u>M</u>	PROFISSÃO: <u>motorista</u>
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: <u>Rod. PE-160</u>	
BAIRRO: <u>PE-60</u> PONTO DE REFERÊNCIA: <u>km 1, junto a Pousada Reto</u>	
SOLICITANTE: <u>Walter Moreira da Silva</u>	FONE: <u>Caraim, após a Rpt. da</u>
CARTÃO NACIONAL DO SUS: <u>898-0034-3-285</u>	<u>1844 do car</u>
FONE: <u>92893-3195</u>	

TIPO DO AGRAVO	
☒ CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA) ☐ SIM ☒ NÃO	
1. ACID. AUTOMÓVEL 2. ACID. MOTOCICLETA 3. ACID. TRÂNSITO 4. ACID. CICLISTA	
5. ATROPELAMENTO 6. ASFIXIA 7. QUEDA 8. INTOXICAÇÃO (pó: <u>11/11/17</u>)	
9. EXPOSIÇÕES: CHOQUE/FOGO tipo: <u>01</u>	
10. AGRESSÕES/VIOLENCIA () tipo: <u>01</u>	

CAUSAS CLÍNICAS ☐ SIM ☒ NÃO	
HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: <u>Walter Moreira da Silva</u>	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <u>Walter Moreira da Silva</u>	

SINAIS VITAIS		
PA: <u>90 x 80</u>	FR: <u>16</u>	GLICEMIA: <u>129 mg/dL</u>
PULSO: <u>68</u>	TEMP. AXILAR: <u></u>	SATURACÃO O ₂ : <u>96%</u>

ESTADO GERAL DO PACIENTE	
☒ VIAS AÉREAS/RESPIRAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO	
1. LIVRE/ESPONTÂNEA 2. OBSTRUÇÃO PARCIAL 3. OBSTRUÇÃO TOTAL 4. CORPO ESTRANHO 5. BRONCO	
ASPIRAÇÃO 6. EDEMA DE GLOTE 7. OUTROS: <u></u>	

CIRCULAÇÃO <u>Walter Moreira da Silva</u>	
PELE: () CIANOSE () FRIA () ÚMIDA () NORMAL () PALIDEZ	
EDEMA: () AUSENTE () PALPEBRAL () IM. INFERIORES () ANASARCA	
PERFUSÃO: () NORMAL () RETARDADA () AUSENTE	

ESTADO NEUROLÓGICO	
1. AGITAÇÃO 2. SONOLÊNCIA 3. COMA 4. CONFUSÃO 5. CONVULSÃO 6. OUTROS: <u></u>	

ASL-000
amanda.silva.0049
30/10/2017

ASL-000
amanda.silva.0049
30/10/2017 14:27:51

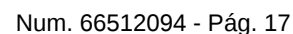
ASL-000
amanda.silva.0049
30/10/2017 14:27:51

COMPROVAÇÃO DE VIDA E PREVIDÊNCIA
30 DEZ. 2016
PROTÓCOLO
AG. MACÊIO - AL



06

COMPROVAÇÃO
30 DEZ. 2015
PROTOCOLO
AG. MACEIO - AL



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0000855/17
amanda.siva.0041
30/10/2017 14:31:54

ASL-0000855/17
amanda.siva.0041
30/10/2017 14:31:54

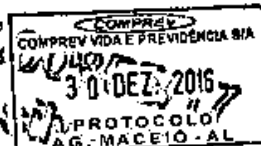
RG nº 8.407.788, data de expedição 22/10/07 Órgão SDS/PEI:31:54
CPF nº 046.483.834-42 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA LIDIO FLORENTINO
Número	800
Apto / Complemento	—
Bairro	CENTRO
Cidade	SÃO JOSÉ DA COROIA GRANDE
Estado	PERNAMBUCO
CEP	55565-000
Telefone de Contato	(82) 39141-0377/987082105
E-mail	amanda.siva.0041

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maragogi, 18 de Outubro 2016.

Assinatura do Declarante:



ASL-0000855/17
amanda.siva.0041
30/10/2017 14:31:54

ASL-0000855/17
amanda.siva.0041
30/10/2017 14:31:54



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.935.932/0001-68
INSCRIÇÃO ESTADUAL 000855511



Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 1191 PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5399
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
AMARO BENEDITO DA SILVA
CPF: 124.539.104-67

DATA DE VENCIMENTO
19/10/2016

DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL
11/10/2016
DATA DA APRESENTAÇÃO
11/10/2016
NÚMERO DA NOTA FISCAL
001202088

CONTA CONTRATO
000364000014
Nº DO CLIENTE
2000284406
Nº DA INSTALAÇÃO
3.030355521

TOTAL A PAGAR (R\$)
85,90

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LUIZ FLORENTINO 830
CENTRO/SÃO JOSÉ DA CORDA GRANDE
55505-000 SÃO JOSÉ DA CORDA GRANDE PE

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
SEAS.DE24.2B13.0BAD.8M45.9D9B.47CC.9402

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	107,00	0,83571834	89,82
Contribuição Iluminação Pública			14,40
ICMS Subvenção-CDE NF 001234552-11/09/16			0,88
Multa por atraso NF 001193583 - 12/09/16			2,12
Juros por atraso NF 001193583 - 12/09/16			0,58
TOTAL DA FATURA			85,90

COMPRA
COMPROMISSO E PREVIDÊNCIA S/A
30 DEZ. 2016
PROTOCOLO
AG. MACEIO - AL

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo (kWh) 0,83571834	OUT 16 107,00 107
	SET 16 107,00 107
	AGO 16 107,00 107
	JUL 16 107,00 107
	JUN 16 107,00 107
	MAI 16 107,00 107
	ABR 16 107,00 107
	MAR 16 107,00 107
	FEV 16 107,00 107
	JAN 16 107,00 107
	DEZ 15 107,00 107
	NOV 15 107,00 107
	OUT 15 107,00 107

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
88,92	23,00	17,09	88,92	1,01	0,88	88,92	4,61	3,13

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MÊS	TIPO DA TENDÊNCIA	DATA DE REGISTRO	LEITURA	DATA DE REGISTRO	LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	ADJ. C	CONSUMO kWh
W7103	CAT	12/09/2016	34.147,00	10/10/2016	34.254,00	25	1,0000	0,00	107,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR APLICADO	NOTA FISCAL	NOTA FISCAL	NOTA FISCAL
Interrupção de energia	1,20	0,00	12,00	14,12	
Interrupção de energia	2,00	2,40	0,00	12,00	
Interrupção de energia	0,00	3,54	0,00	0,00	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data da leitura a bônus em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Pagamento em prazo geral: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-08/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-28/04/02), no próximo mês.
Cobrança ICMS sobre a utilização CDE, conforme Decreto Estadual 35.433/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	MÍNIMO	MÁXIMO
120	231	231	231

CÓDIGO CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000364000014	10/2016	85,90	19/10/2016	Evite dobrar, portar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Comprovante de residencia



Eletrobras
Distribuição Alagoas

Para consulta com
Eletrobras, informe
este número

SEUCODIGO

-0457877-5

R. Fernando Lima, nº 1049 - Centro de Santos - CEP: 81020-000

MACEIÓ - CEP: 52070-000 - Fone: (31) 30011718

PAGAR ESPECIAL DE IMPRESTAÇÃO AUTORIZADO PELA REG. DA FAZENDA

PREFEITURA DE ENERGIA ELETRODISTRIBUIÇÃO SANEAMENTO

Nº da Nota Fiscal

000072717

A Tarefa Social de Energia Eletrobras-TSCS foi ordenada

pelo Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2016	15/08/2016	30	30,17

MARCOS PAULO LOPES DOS SANTOS
R DA PISTA S/N BARRA GRANDE

CEP: 52070-000 - MACEIÓ - AL

DADOS DA LEITURA

Alcômetro	SWAB	SWAB
Anterior: 3606	3606	3606
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	0	
Consumo Faturado:	30	

Forma de Faturamento: HINIMO

Fator de Potência: 1,00

Dia de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Residência	Uso	Número Medidor	Período	Código de Unidade
RESIDENCIAL	MORADIA	01481989	5/1	10/70

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
JUN/16	48
MAY/16	60
ABR/16	52
MAR/16	80
FEB/16	75
JAN/16	44
DEZ/15	55
NOV/15	112
OCT/15	46
SET/15	54
AUG/15	44
JUL/15	50

CONSUMO CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSIP)

30,17 kWh a R\$ 1,00 = R\$ 30,17

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

REAVISO DE VENCIMENTO DE CONTA

Em 02/08/2016, apuramos o débito abaixo. O não pagamento sujeita a suspensão do fornecimento a partir de 17/08/2016.

Existem outras 002 contas já reavizadas no valor de R\$ 89,03.

que poderão levar a suspensão imediata do fornecimento.

Caso o pagamento já tenha sido efetuado, favor desconsiderar.

EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO

LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 5 10 15 20 25 30

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Contribuição	Valor (R\$)
Energia	4,03
Transmissão	6,29
Emissão	0,39
Tributos	2,46

Base de Cálculo:

Alíquota ICMS:

Valor do ICMS:

Valor do PIS:

Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Período	Valor
Índice de Continuidade	01/2016	1,00

SE-MARACÓI

Data de Emissão: 04/08/2016

Emissor: 13

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 DEZ. 2016

PROTOCOLO
AG. MACEIÓ - AL



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

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, MARLOS PAULO LOPES DOS SANTOS, portador(a) do

RG nº 4717338, expedido por SS/PE, em

08/03/10, CPF/CNPJ nº 833966-32/2001-03:70

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) DILMA

MARIA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

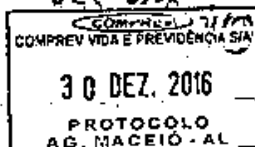
da vítima DILMA MARIA DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: REUSOU Renda Mensal: R\$ REUSOU

Documentos comprobatórios: maio 2010

ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA OSMÁRIO OMENA DE OLIVEIRA

FICHA PARA ENCAMINHAMENTO E RETORNO

ORIGEM DO PACIENTE

Unidade de Saúde:

Município:

DESTINO DO PACIENTE

Unidade de Saúde:

Município:

DADOS DO PACIENTE

Nome:

Data do Nascimento:

Idade:

Sexo:

Endereço:

Bairro:

Município:

Síntomas:

Diagnóstico Suspeito:

Exames Realizados:

Médico:

Data:

DIAGNÓSTICO PROVAVEL OU CONFIRMADO

Exames Falhos:

Diagnósticos:

Especialidade:

COMPROVADO E PREVENIDO

30 DEZ 2019

PROTÓTIPO

AL. MADEIRA



SUS - 898-0034-3235 F844

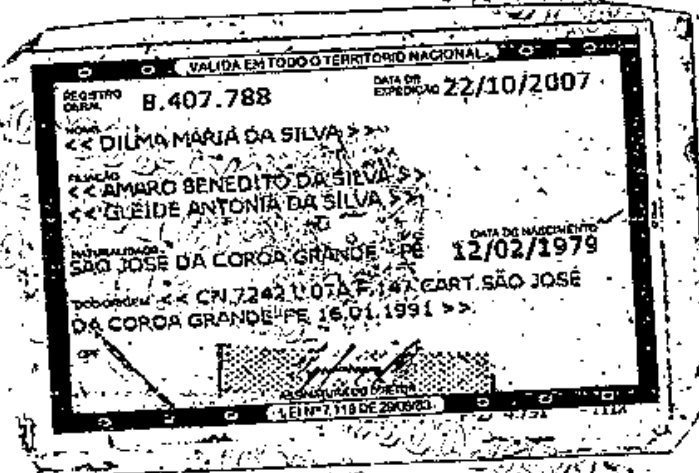
 GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE TRABALHANDO PARA O BEM DO POVO		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE BOLETIM ASI DE EMERGENCIA	
POSTO DE SAÚDE OSMÁRIO OMENA		09/10/16	
Paciente	Nome: Elma Maria da Silva	Nº Ocorrência: 141	
	Residência: Ulisses Antônio da Silva	Telefone: 3111	
Responsável	Nome: Benigno Benedito da Silva		
	Residência: João Silva (São José da Coroa Grande)	Telefone: 3111	
Condição	Profissão	Sexo	Nascimento
☐ Segurado ☐ Esposa ☐ Filhos ☐ Outros	Camareira	☒ Masc. ☐ Femi.	12/03/79
		Nacionalidade	Documento de Identidade
		☒ Bras. ☐ Estrang. ☐ UF	Número: 8.407.788 Órgão Emissor: 22/10/2007
Paciente Chegou: ☐ Andando ☐ De Auto ☐ Ambulância ☐ Outros		Ambulância / Hora: 30 Saída: 07 H 56 Min Chegada:	Atendimento: ☐ Acidente de Trabalho ☐ Caso Policial
Pressão Arterial: 120/70 Pulso: 85 Temperatura: 36,3 Ritmo: VA		Exames Complementares: ASL-0000855/17 amanda.silva.0041 30/10/2017 14:30:07	
Causa provável da lesão - queixa principal: Exatidão Física - Sinais - Sintomas: 230/VA amanda.silva.0041 30/10/2017 14:30:07		Tratamento: 1º VA amanda.silva.0041 30/10/2017 14:30:07	
Destino dado ao paciente: ☐ Residência ☒ Internado Encaminhado: 10/10/2017 14:30:07 Removido: 0		Impressão Diagnóstica: ASL-0000855/17 amanda.silva.0041 30/10/2017 14:30:07	
Óbito às _____ H _____ Min. do dia _____		Doença Concedida _____ Dias	

ASI-0000855/17
amanda

Documentos de identificação

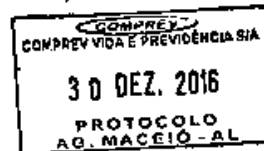


SL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:31:05



SL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:31:05

ASI-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:31:05



ASI-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:31:05

ASI-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:31:05



25/11/2016

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL

Serviços Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

ASL-0000855/17

amanda.silva.0041

30/10/2017 14:31:06

ASL-0000855/17

amanda.silva.0041

30/10/2017 14:31:06

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

ASL-0000855/17

amanda.silva.0041

30/10/2017 14:31:06

Nº do CPF: 046.483.634-42

Nome da Pessoa Física: DILMA MARIA DA SILVA

Data de Nascimento: 12/02/1979

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 15/03/2001

Digito Verificador: 00

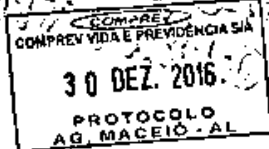
Comprovante emitido às: 16:31:17 do dia 25/11/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 5E85.A872.7AF6.A416

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria

da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



ASL-0000855/17

amanda.silva.0041

30/10/2017 14:31:06

ASL-0000855/17

amanda.silva.0041

30/10/2017 14:31:06

<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaPublicaExibir.asp>

1/1



[illegible]

3:32

ASL-00006
amanda.silver
30/10/2017 14

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:32

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:32

ASL-0000855/17
amanda.siva.0041
30/10/2017 14:33:32

[illegible]

ASL-0000855/17
 amanda.silva.0041
 30/10/2017 14:33:32

ASL-1
amanch
30/10/2017 14:33:32

COMPANHIA
COMPREVITA E PREVIDENCIA S/A
03 DEZ. 2016
PROTOCOLO
JAG. MACEIO - AL

197
JIVA.0041



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589628 **Cidade:** São José da Coroa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DILMA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 09/04/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Abstract

OUTORGANTE

Endereco:

OUTORGADO:

Endereço: RUA DA PISTA SIN BARBA GRANDE - MARAGUARI - AC

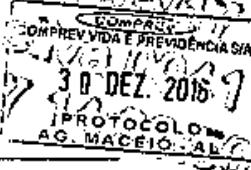
Pelo Presente Instrumento, Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

DILMA MARIA DA SILVA

Local e data

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Protocolo a termo por meio de autenticação dos SINA FERRA DA
SILVA, Sr. José de Deus, nascido em 12/10/1940, no Estado de São Paulo, com
CPF nº 000.000.000-00, em nome de SINA FERRA DA SILVA, Sr. José de Deus,
3, 19/10/2017, às 14:33:51, em nome de SINA FERRA DA SILVA, Sr. José de Deus,
autenticidade em nome de José de Deus, Sr. José de Deus, Sr. José de Deus.



ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:51

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:51

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:51

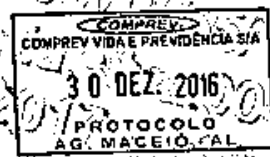
ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:51

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:51

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:51

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:51

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:51



22

