

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

---

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190702506**

**Vítima: JOATAN DE MENEZES**

**Data do Acidente: 22/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOATAN DE MENEZES**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190702506**

**Vítima: JOATAN DE MENEZES**

**Data do Acidente: 22/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a), JOATAN DE MENEZES**

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

153.397.584-67 JOATAN DE MENEZES

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

JOATAN DE MENEZES

123.397.584-64

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R. MANOEL PEIXOTO

9 - Número:

195

10 - Complemento:

CAPELA S.F.

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

PILÔEZINHOS

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.210-000

15 - E-mail:

NETO\_EXECUTIVO@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDU):

(83) 9 8835-8653

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2007 CONTA: 0013860  
(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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, à custa 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:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

Pilóezinhos - PB, 26 de Dezembro de 2019

JOATAN DE MENEZES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Autentico a presente copia, reprodução fiel do original  
apresentado. Em testemunho da verdade.  
Guarabira-PB 03/12/2019 11:33:37  
Wardiria Toscano de Sales - Titular  
[2019-008889] ENOL:R\$ 2,48 FARPEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 0,50 ISS:R\$ 0,12  
SELQ DIGITAL: ATJ85637-F356  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



I  
9//



SECRETARIA DO ESTADO DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
8º DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA DE PILOEZINHOS-PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Livro nº. 001/2019

Folha nº 90

Ocorrência nº45 /2019

Certifico que consta no LIVRO DE OCORRENCIA POLICIAL N°001/2018, FLS. Nº 90, OP. Nº44/2019, o registro que transcrevo na integra; Aos SETE dias do mês de NOVEMBRO do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Peñezinhos/PB, na Delegacia de Policia sob a responsabilidade de Delegado, **SEVERINO GOMES DE ASSIS**, por volta das 08H00MIN, compareceu; **MARIA DAS VITORIAS DE MENEZES**, TELEFONE 91259114, RG 2505059 SSP/PB, brasileira, união estável, natural de Santa Cruz/RN, nascida aos 17.07.1974, agricultora, filha de Severino Teles de Menezes e Francisca Nino de Menezes, residente na rua Manoel Peixoto, 195, Centro Pilóezinhos/PB . O **QUAL NOTIFICOU**; Que no dia 22/09/2019 por volta da 01hora da madrugada seu filho **JOATAN DE MENEZES**, brasileiro, solteiro, natural de Guarabira/PB, nascido em 16/04/1992, filho de pai não declarado e Maria das Vitorias de Menezes,residente na rua Manoel Peixoto, 195, Centro Pilóezinhos/PB, sofreu um acidente de moto, quando ia no bagageiro da MOTO HONDA POP 100, DE COR AZUL, ANO/MOD 2007/2008, DE PLACA/MNV 3756/PB,CHASSI/9C2HB02108R008385 DE PROPRIEDADE DE **FABIO GOMES FERREIRA**, conduzida pelo seu irmão **FRANCISCO DE ASSIS DOS SANOS MENEZES**, quando vinha na pista que liga Pirpirituba Guarabira/PB, quando colidiu com um veiculo que vinha em sentido contrario; Que seu filho que conduzia a moto faleceu no local e seu outro filho que vinha de carona foi socorrido em estado grave para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde passou mais de um mês internado, onde foi realizado Procedimento Cirúrgico, o mesmo encontra-se em casa, sem poder andar, e necessita de repouso domiciliar por tempo indeterminado. Vê documentação em anexo. .O REFERIDO É VERDADE DOU FÉ.

PILOEZINHOS/PB 07 de Novembro DE 2019.

NOTICIANTE

Assinatura do Delegado Autentica S/19  
Mat: 90.481-3  
Fazenda da Policia Civil - PB

EMBRAMCO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
8ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PILÓEZINHOS/PB

Exame requisitado: OFENSA FÍSICA  
REQUISIÇÃO Nº 10/2019

Peñezinhos/PB, 07 der Novembro de 2019

SENHOR DIRETOR:

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que no prazo legal (Art. 160 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o EXAME DE OFENSA FÍSICA em pessoa cujos dados são dispostos a seguir, e que logo após, seja o respectivo LAUDO remetido para a DELEGACIA MUNICIPAL DE PILÓEZINHOS/PB.

**QUALIFICAÇÃO:** JOATAN DE MENEZES,, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, NATURAL DE GUARABIRAPB, nascido aos 16/04/1992, FILHO DE PAI NÃO DECLARADO E MARIA DAS VITORIAS DE MENEZES, RESIDENTE NA RUA MANOEL PEIXOTO, 195, CENTRO PILÓEZINHOS/PB. TELEFONE 91259114

**DATA DO FATO:** 22/09/2019 POR VOLTA DE 01H DA MADRUGADA

**LOCAL:** NA PISTA QUE LIGA PIRPIRITUBA/GUARABIRA/PB.

**HISTÓRICO:** Afirma vítima, na data acima mencionada foi vítima de acidente de moto.

SEVERINO GOMES DE ASSIS  
Delegado de Policia Civil

Ao Sr. *Maria das Vitorias de menezes*  
Diretor do Núcleo de Policia Cientifica – NPC  
GUARABIRA - PB

SEC. DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
NÚCLEO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DE GUARABIRA  
SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR

Retornar após 120 dias 25 de MARÇO  
2020

Documentos Necessários:

Requisição da Delegacia de Exame Complementar

Laudo Médico Recente

Especialista: ortopedista.

Outros cópia primeiro exame  
traumatologista

Guarabira, 20 de novembro de 2018

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

123.397.584-67 JOATAN DE MENEZES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 45/2012

5 - Nome completo:

JOATAN DE MENEZES

6 - Número: 123.397.584-64

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R. MANOEL PEIXOTO

9 - Número: 195

10 - Complemento: CAPELA S.F.

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

PILOEZINHOS

13 - Fazenda:

PB

14 - CEP:

58.210-000

15 - E-mail:

NETO\_EXECUTIVO@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(83) 9 8835-8653

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:

(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.

## 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.

Sendo 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:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim  Não

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/vivos?

Sim

Não

Sim



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original  
presentado. Em testemunho da verdade.  
Guarabira-PB 03/12/2019 11:33:39  
Wardiria Toscano de Sales - Titular  
2019-0088901 ENOL:R\$ 2,48 FARPEM:R\$ 0,29 FER:R\$ 0,50 ISS:R\$ 0,12  
ELO DIGITAL: AJL85638-7MBX  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



VISTO EM: 29/11/19

Luiz Fernando da Silva Filho  
Matr. 527.451-6  
Comandante 3ºBBM

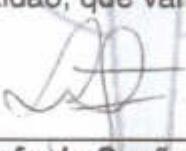
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA  
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR  
3º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR**

Guarabira-PB, 14 de novembro de 2019.

**CERTIDÃO N.º 0025/2019**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 22/09/2019, conforme requerimento 45/2019, solicitado pela Sr.(a) MARIA DAS VITÓRIAS DE MENEZES, consta que foi socorrido por volta das 00h41min Sr.(a) JOATAN DE MENEZES, vítima de acidente colisão **MOTO X CARRO**, ocorrido na RODOVIA PB 073, após o anel viário (Itamatay) na zona rural, da cidade de Guarabira/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-35 tendo como CHEFE o **SGT BM EMANUEL**, Matrícula 519.693-1. Estado da vítima: Encontrava-se em decúbito dorsal, **INCONSCIENTE E DESORIENTADA**, com fraturas abertas nos membros inferiores (patela e tornozelo esquerdo). Que após os procedimentos de imobilização, fez o transporte da vítima para o Hospital Regional de Guarabira/PB ficando aos cuidados médicos de plantão.

Para constar, eu LUIZ FERNANDO PEREIRA DAS NEVES JÚNIOR- 2º TEN QOBM, Matrícula 527.451-6, subchefe da Seção de Expediente do 3º Batalhão de Bombeiros Militar de Guarabira, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim.

  
Subchefe da Seção de Expediente



EMBRACO

GOVIND  
DA SILVA

2000

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOATAN DE MENEZES,

RG nº 3902231, data de expedição 17/09/2019, Órgão SSD3/PB,

CPF nº 123.397.584-67, 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)	<u>RUA MANOEL PEIXOTO</u>
Número	<u>195</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PILOTINHO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58210-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98835-8653</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GUARABIRA, 06 DE DEZEMBRO 2019

Assinatura do Declarante: Joatão de menezes

MARIA DAS VITÓRIAS DE MENEZES  
RUA MANOEL PEREIRA, 185 - CENTRO  
PILODEIRROS / PB CEP: 58212000 (A2: 22)

Ligações MONOFÁSICO  
Classe: R25 MTC 61 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Rotação: 15-27 - 485-5830  
Medidor: 0000034518  
Emissão: 26/10/2019

energisa  
ENERGISA PARCERIA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B1230, Km 28 - Cidade Residencial Jataí Petrópolis / PB - CEP: 58071-000  
CNPJ: 09.096.119/0001-40 - Ins. Est: 16.015.629-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°093-274-873  
Cód. para Déb. Automático: 0000034548

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	25/10/2019	26/11/2019	063.069.304-13

UC (Unidade Consumidora):

5/803454-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.439, de 29 de setembro de 2002.  
Estimativa de gastos com a conta de energia que atende ao calendário de  
vencimento e que prevê:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 25/09/19	Lerda 8150	Data 25/10/19	Lerda 8226	1
<b>Demonstrativo</b>				
CCI - Código de Classificação de bém				
0801 Consumo < 30kWh-BR	30.000 0,190893	5,72	0,00 0 0,00	5,72 0,05 0,22
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	48.000 0,399240	15,03	0,00 0 0,00	15,03 0,12 0,96
0801 Adic. B. Vermelha		0,28	0,00 0 0,00	0,28 0,00 0,01
0801 Adic. B. Amarela		0,48	0,00 0 0,00	0,48 0,00 0,01
0810 Subsídio		21,41	0,00 0 0,00	21,41 0,18 0,82
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0801 REBT. BAND. AMAR. RESIDENCIAL/08/2019	-4,00	0,00 0 0,00	0,00 0,20 0,00	
0806 Devolução Banda	-21,41	0,00 0 0,00	0,00 0,02 0,00	

CCI - Código de Classificação de bém TOTAL 22,48 0,00 0,00 42,01 0,25 1,69  
Tarifa de Tributos: ANEEL: 0,12-112 ANE-100kWh 0,111900

Média ultimas meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
82	01/11/2019	R\$ 22,48

Histórico de Consumo (kWh)

82	112	101	100	88	74	75	78	84	80	72	88	
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mar/19	Jun/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19

RESERVADO AO FISCO

e7dc.a733.25fc.b68c.24b7.789a.526d.2e66

Indicadores de Qualidade - 2019-PI/2019

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIA MENSAL	6,67	0,00
DIA TRIMESTRAL	12,14	NOMINAL
DIA ANUAL	24,28	200
FIC MENSAL	1,42	0,00
FIC TRIMESTRAL	3,86	CONTRATADA
FIC ANUAL	9,70	LIMITE INFERIOR
DMC	1,27	LIMITE SUPERIOR
DIRE	12,13	201

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
serviços de 2º it. da Energia/Faixa 1	7,34	34,04
serviços de Energia	0,33	45,87
serviços de Transmissão	1,18	5,16
serviços de Sistema	1,18	5,24
Impostos Utentes e Encargos	2,00	8,89
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>22,50</b>	<b>100,00</b>

Valor da EUBC (Ref. 07/2019): R\$ 16,00

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 10,41.

Faturas em atraso



# Receituário Médico



2019 M.

Encaminho ao

União

- para Janus Centra

Dr. Breno C. Torres  
Ortoped/ Cirurgia do Quadril  
CRM-PB 7232/TEOT 13940

6/11/19

Data: \_\_\_\_\_

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Soadom de Oliveira

DATA DO ATENDIMENTO: 22/09/19

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Santiu

DIAGNÓSTICO: Disfunção de Síntese Pélvica

PROCEDIMENTO: Prorrogação de Socorro

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
22/01/20	ORTOPEDIA	Dr. Jansen Medeiros BMA 11385	
15/01/20			
18.12.19		12h	

F(NG).APC.035-1

**Documento de Alta**

<b>Nome:</b> JOATAN DE MENEZES			<b>Número Prontuário:</b> 118210
<b>Data de Nascimento:</b> 16/04/1992	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 22/09/2019 08:56:43	<b>Data de Alta:</b> 27/10/2019 08:32:43
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> PACIENTE 27 ANOS, INTERNADO NESSE SERVIÇO DESDE O DIA 22/09/19. REMOVIDO DE HOSPITAL DE MENOR PORTE IOT. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. FOI INTERNADO PARA PROCEDIMENTOS CIRURGICOS. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, CONSCIENTE. APTO PARA ALTA HOSPITALAR E RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO.			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE 27 ANOS, INTERNADO NESSE SERVIÇO DESDE O DIA 22/09/19. REMOVIDO DE HOSPITAL DE MENOR PORTE IOT. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. FOI INTERNADO PARA PROCEDIMENTOS CIRURGICOS. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, CONSCIENTE. APTO PARA ALTA HOSPITALAR E RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO.			
<b>Resultado de Exames:</b> RADIOGRAFIA			
<b>Tratamento:</b> ORIENTAÇÕES GERAIS, ATB, ANALGESIA, AINES, XARELTO			
<b>Diagnóstico:</b> S33.4 - Ruptura traumática da sínfise púbica			
<b>Recomendações:</b> TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS RETORNO NO HTOP			

Data: 27/10/2019

Médico  
Dr. Jansen Henriques  
CRM/PB 11385

JANSEN HENRIQUES CEZARINO  
CRM: 11385 - PB

## Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES  
Data: 27/10/2019 08:28:46  
Sexo Masculino  
CPF:Não Informado  
Idade:27  
BAE:1191666

### LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SENHOR JOATAN DE MENEZES, 27 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO DIA 22/09/2019, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO NECESSARIO REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, APTO PARA ALTA HOSPITALAR, O MESMO NECESSITA DE REPOUSO DOMICILIAR POR TEMPO INDETERMINADO.

CID : S33.4

## Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES  
Data: 27/10/2019 08:28:46  
Sexo Masculino  
CPF:Não Informado  
Idade:27  
BAE:1191666

### LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SENHOR JOATAN DE MENEZES, 27 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO DIA 22/09/2019, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO NECESSARIO REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, APTO PARA ALTA HOSPITALAR, O MESMO NECESSITA DE REPOUSO DOMICILIAR POR TEMPO INDETERMINADO.

CID : S33.4

Dr. Jansen Henriques  
Médico  
CRM/PE 11385

Dr. Jansen Henriques  
Médico  
CRM/PE 11385

Dr. JANSEN HENRIQUES CEZARINO

11385/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep.58031-090  
CNPJ: 25332262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep.58031-090  
CNPJ: 25332262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775

11385/PB

11385/PB

## Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES  
Data: 27/10/2019 08:28:46

Idade:27  
Sexo:Masculino CPF:Não Informado BAE:1191666

### LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SENHOR JOATAN DE MENEZES, 27 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO DIA 22/09/2019, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO NECESSARIO REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO, HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTAVEL, APTO PARA ALTA HOSPITALAR. O MESMO NECESSITA DE REPOUSO DOMICILIAR POR TEMPO INDETERMINADO.

CID : S33.4

Médico  
Dr. Jansen Henriques  
CRM/PB 11385

**Dr. JANSEN HENRIQUES CEZARINO**  
11385/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775

## Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES  
Data: 27/10/2019 08:28:46

Idade:27  
Sexo:Masculino CPF:Não Informado BAE:1191666

### LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SENHOR JOATAN DE MENEZES, 27 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO DIA 22/09/2019, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO NECESSARIO REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO, HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTAVEL, APTO PARA ALTA HOSPITALAR. O MESMO NECESSITA DE REPOUSO DOMICILIAR POR TEMPO INDETERMINADO.

CID : S33.4

Médico  
Dr. Jansen Henriques  
CRM/PB 11385

**Dr. JANSEN HENRIQUES CEZARINO**  
11385/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775



# Receituário Médico



2010 M. =

Encontrado no

unidade

- para o Dr. Genival

Dr. Breno C. Torres  
Ortopedista/Cirurgia do Quadril  
CRM-PB 7232/TEOT 13949

Data: 6/11/13

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



## Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES

Idade: 27

Data: 27/10/2019 08:25:12

Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1191666

### USO ORAL

- CEFALEXINA 500MG -----28COMP.  
TOMAR 01 COMP. DE 6/6H POR 07 DIAS

- IBUPROFENO 600MG ----- 01CX  
TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 5 DIAS

- DIPIRONA 500 MG ----- 01 CX  
TOMAR 01 COMP. DE 6/6H SE DOR

- XARELTO 10 MG ----- 01CX  
TOMAR 01 CP AO DIA POR 10 DIAS

Médico  
Dr. Jansen Henriques  
CRM/PB 11385

Dr. JANSEN HENRIQUES CEZARINO  
11385/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775



# Receituário Médico



PI Jardim Novo

Var Topo

① coloquial

Agua grande

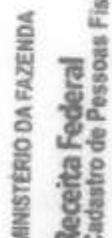
6.11.17

Dr. Breno C. Torres  
Ortopedia/Cirurgia do Quadril  
CRM-PB 7232/TEOT 13940

Data: / /

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

123.397.584-67

Nome

JOATAN DE MENEZES

Nascimento

16/04/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



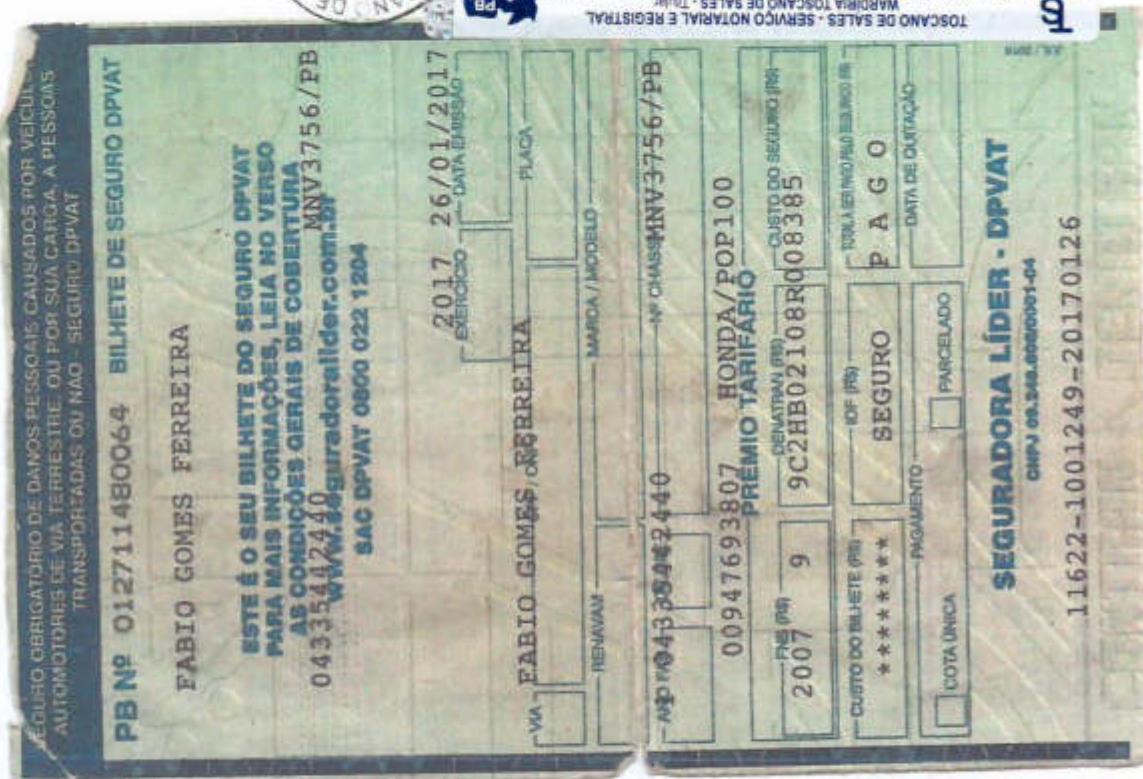
CÓDIGO DE CONTROLE  
5BDD.D553.6F4B.5645

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:33:50 do dia 22/10/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00





EMI BRANCO

# PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## COBERTURA SOLICITADA

INVALIDEZ PERMANENTE  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  MORTE

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **JOATAN DE MELIZZI'S**

Data do Acidente: **22/02/2023**

Possui CPF: **Sim**  Não

Nº CPF: **123397584-67**

## PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)  
 CPF do Representante Legal (cópia simples)

Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – **Sim**  Não – original ou cópia autenticada  
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
 Laudo de Invalidez do IML – **Sim**  Não – original ou cópia autenticada  
 Declaração do proprietário do veículo – quando necessário  
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
 CPF da vítima (cópia simples)  
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – **Sim**  Não – original ou cópia autenticada  
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
 Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originals)  
 Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
 CPF da vítima (cópia simples)  
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: **Sim**  Não  
 Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: **Sim**  Não  
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
 CPF da vítima (cópia simples)  
 Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
 CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
 Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
 Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: **Sim**  Não

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**  
 Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**  
 Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)  
**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CONJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**  
 Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)  
 Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
 Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge  
**BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
**BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
**BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)  
 Outros Documentos apresentados: \_\_\_\_\_

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): **JOATAN DE MELIZZI'S**  
 Quem é o portador?  Vítima  Beneficiário  Representante Legal  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Data: **06/12/2019** Assinatura **JOATAN DE MELIZZI'S**  
 CPF do portador: \_\_\_\_\_  
 Tel.: (83) 98835 8653

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): **Lider 105 De Graça e 35/25/63**  
 Atendente: **João Rivellino Bento Corrêa**  
 Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Ag. de Comercial: **Flávia Coimbra**  
 AC Guanabara: **Flávia Coimbra**  
 Data: **06/12/2019** Assinatura \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190702506      **Cidade:** Pilõezinhos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOATAN DE MENEZES      **Data do acidente:** 22/09/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 18/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** DISJUNÇÃO DA SINFISE PÚBICA,

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR). P.02/

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 27/10/019, ASSINADO POR DR. JANSEN HENRIQUE CEZARINO ,CRM: 11385 , DO HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453874/19

**Vítima:** JOATAN DE MENEZES

**CPF:** 123.397.584-67

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/09/2019

**Titular do CPF:** JOATAN DE MENEZES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JOATAN DE MENEZES : 123.397.584-67**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019  
Nome: JOATAN DE MENEZES  
CPF: 123.397.584-67

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019  
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA  
CPF: 124.570.097-90

JOATAN DE MENEZES

DAIANE SANTOS BARBOZA