



Número: **0028788-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANA LEVINA MUNIZ (AUTOR)		DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67842975	11/09/2020 16:18	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297943

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANA LEVINA MUNIZ

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 14249564

Pag. 01607/01608 - 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, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297943

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ADRIANA LEVINA MUNIZ

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00063/00064 - carta_07 - INVALIDEZ

00080032



Carta nº 14306958



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 ASI: _____ CPF da vítima: 043.474.194-90 Nome completo da vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

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

Nome completo: ADRIANA LEVINA MUNIZ CPF: 043.474.194-90
Profissão: leitor Endereço: RUA SÃO PEDRO DE ALDEIA Número: 125 B Complemento: _____
Bairro: ALBERTO MARA Cidade: CAMAQUIBE Estado: PE CEP: 57771-760
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 98344-2894

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

RENDA 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: 1028 CONTA: 1272 93 1 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) ☐ Divorciado ☐ 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Recife 29/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Adriana Levina Muniz

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

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

(*) 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.

EDC 001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096002681**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2019** às **09:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **5/2/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **BR 408 - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EVERALDO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS (VITIMA)
ADRIANA LEVINA MUNIZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELEILDE VENANCIO DOS SANTOS Data de Nascimento: **8/2/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA PARNAMIRIM 243 - TIUMA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADRIANA LEVINA MUNIZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ
Data de Nascimento: **26/7/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA SAO PEDRO 125B - ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EVERALDO FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

HONDA NRX 150 DE PLACA PFS8523 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EVERALDO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

26/04/2019 16:



Placa: **PFS8523** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA NXR 150 DE PLACA PFS 8523 (PROPRIEDADE DE EVERALDO FERREIRA DA SILVA) E NA SUA GARUPA ESTAVA ADRIANA LEVINA MUNIZ, QUANDO UM CARRO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU EM SUA TRASEIRA., SENDO ARREMESSADO CONTRA UM MURO NA CITADA VIA. ALEXANDRO VENANCIO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, ENQUANTO ADRIANA LEVINA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

x Alexandro Venancio dos Santos
ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS
 (VITIMA) *x Adriana Levina Muniz*
ADRIANA LEVINA MUNIZ
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000361 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ADRIANA LEVINA MUNIZ, 35 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 5430213 SSP-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 043.474.194-90, residente à RUA SÃO PEDRO DE ALDEIA, nº 125 B, , ALBERTO MAIA, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 05/02/2019, por volta das 19:16 hs, no endereço: RODOVIA BR 408, S/N, TIUMA SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ADRIANA LEVINA MUNIZ, inscrito sob o CPF nº 043.474.194-90 e Registro Geral ° 5430213, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 710195-3 GERMANO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1079363. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/04/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000361

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.838.532/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA LEVINA MUNIZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SÃO PEDRO DA ALDEIA 125 CS- B

CPF: 043.474.194-90 NIS: 13217094459

CAMARAJIBE/CAMARAJIBE
CAMARAJIBE PE
54771-750

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050438755	UNICA	13/02/2019
ARREBITAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2019	2012530368	5736047

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7013388339	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
25/02/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	190,14

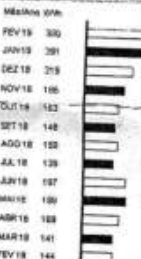
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,34837771	7,45
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,42579036	29,80
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,53899554	78,84
Consumo Ativo superior a 220 kWh	60,0000000	0,70855060	56,77
Contrib. Ium. Pública Municipal			15,86
Multa por atraso-NF 042088604 - 17/12/18			2,28
Juros por atraso-NF 042088604 - 17/12/18			1,53

TOTAL DA FATURA

190,14

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
21383048	CAT	15/01/2019	8472,00	13/02/2019	9.773,00	29	1,00000		300,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	40,56
PIS	0,71	1,21
COFINS	3,31	5,64

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	IT	VALOR	%
Geração de Energia	IT1	55,16	32,21%
Transmissão	IT2	8,21	4,37%
Distribuição (Cabo)	IT3	36,84	22,78%
Perdas de Energia	IT4	12,21	7,16%
Energias Sotáveis	IT5	5,03	3,30%
Tributos	IT6	49,51	29,01%
Total		178,86	100%

TAXAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	1,1782600
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,3022600
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,4322600
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,5837100

SABE BC98 6CDD 34A5 2000 3C1B 135F C2B5

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no cartão hánti parte do valor em dinheiro. A antecipe para a fatura mensal pelo 3º faturamento. A restituição de cheques é feita completa em 60 dias úteis. A fatura mensal é enviada em 10 dias úteis. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável quando há alteração de consumo individual ou de nível de tensão de fornecimento. Pague em atraso para a CELPE, de acordo com o prazo de vencimento da fatura. A Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438, de 25/04/02, é de 40,79. O cliente é responsável quando há alteração de consumo individual ou de nível de tensão de fornecimento.

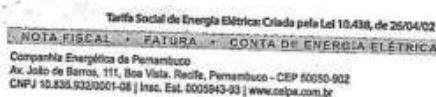
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	220	202	231
RIC	0,00	0,00	0,00	0,00			
DMC	0,00	0,00	0,00	0,00			

Limite DIC: 0,00 DUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 01,00

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7013388339	02/2019	25/02/2019	190,14

83890000001-3 90140011007-0 01338833910-3 13734970273-5

EXCELSIOR SEGUROS
29 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ADRIANA LEVINA MUNIZ

RUA SAO PEDRO DA ALDEIA 125 CS- B

CPF: 043.474.194-90 NIS: 13217094459

CAMARAJIBE/CAMARAGIBE
CAMARAGIBE PE
54771-750

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NÚC

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050438755	ÚNICA	13/02/2018
ARREPENDIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2018	2012530368	5738047

CONTA CONTRATO	MESIANO
7013388339	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PROXIMA LENTURA
25/02/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	190.14

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,34837771	7,45
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,42579036	29,80
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,63898554	76,64
Consumo Ativo superior a 220 kWh	60,00000000	0,70985080	56,77
Contrib. lum. Pública Municipal			15,86
Multa por atraso-NF 042088604 - 17/12/18			3,28
Juros por atraso-NF 042088604 - 17/12/18			1,53

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								190.14
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
213030485	CA1	15/01/2019	8.472,00	13/02/2019	8.773,00	28	1,00000	
							300,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
	Milhões kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
FEV 19	300					Geração de Energia	R\$ 56,16 32,31%
JAN 19	281					Transmissão	R\$ 8,31 4,77%
DEZ 18	219	ICMS	170,08	28,00	42,68	Distribuição (Celpe)	R\$ 38,84 22,87%
NOV 18	106	PIS	170,64	0,21	1,21	Perdas de Energia	R\$ 12,21 7,18%
OUT 18	143	COFINS	170,98	3,31	5,64	Encargos Setoriais	R\$ 6,03 3,50%
SET 18	148					Totais	R\$ 178,81 100%

		TARIFAS APLICADAS		PRECIO
AGO 18	152	Consumo Activo a 30 kWh Consumo Activo superior a 30 até 100 kWh Consumo Activo superior a 100 até 220 kWh Consumo Activo superior a 220 kWh	0.17829603 0.30222660 0.45321980 0.50371200	
JA 18	129			
JUN 18	157			

BABE BC98 6CDD 34A5 20DD 3C1B 13BF C2B4

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de funcionamento do Tabela de APOSTILAMENTO (1) de três páginas, bem como as informações sobre o sistema de avaliação de desempenho, são disponibilizadas pelo Centro de Atendimento ao Cliente, através do site www.cafsa.com.br.

FORMAÇÃO E QUANTIDADE DAS INTERUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
DHC	CONSUMO	VALOR	LIMITES	LIMITES	TENSÃO	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)	
		APROXIMADO	SEMANAL	TRIMESTRAL		ANUAL	NOMINAL (%)
DHC		0,00	0,00	0,00	0,00		
FGC		0,00	0,00	0,00	0,00	220	202
DMSC		0,00	0,00	0,00	0,00		231

Limite DHC: 0,00 USD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 20,00

CONTA CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7013388330	12/2014	25/02/2019	190,14

83890000001-3 90140011007-0 01338833910-3 13734970273-5



EXCELSIOR SEGUROS
29 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

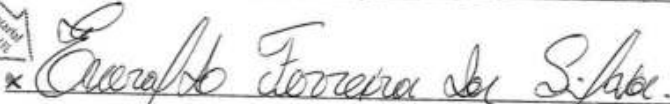
Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

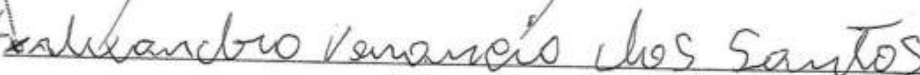
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, EVERALDO FERREIRA DA SILVA
RG nº 4774349, data de expedição 70/05/99
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 794546584-68,
com domicílio na cidade de SÃO LOURENÇO DA MATA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DAS VIOLETAS, LOT CAIARA, nº 27
complemento NOVA TIJUMA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ADRIANA LEVINA MONIZ, cujo o condutor era
ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 150 Ano: 2013
Placa: PFS 8523 Chassi: 9C2KD0540DR773863
Data do Acidente: 05/02/19

Local e Data: SÃO LOURENÇO DA MATA 23-04-2019


Assinatura do Declarante

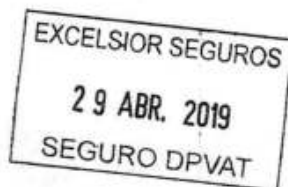

Assinatura do Condutor

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Dez de Janeiro, 358 - Centro
(81) 3519-0217 - serventianotariats@gmail.com.
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
(1) Alexandre Venancio dos Santos, (1) Everaldo Ferreira
da Silva. São Lourenço da Mata, 23/04/2019, 11:40. DOU
PE. Anna Gabriella Farinha de Medeiros - escrevente
autorizada. Ao Cartório: R\$ 7,10 - TSNR: R\$ 1,60 -
FERC: R\$ 0,80 - Total: R\$ 9,50. Solo(n):
0158483.78ND4201902.00094, 0158483.LMPB4201902.00095

Consulte Autenticidade em: www.tje.jus.br/eletronicdigital





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ
Sexo: FEMININO
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ
Endereço: RUA SAO PEDRO, N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE
Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias
Nasc.: 26/07/1982
CNS: 700108917765517
Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 05/02/2019 20:45
Prontuário: 1079363
Nº. Atendimento: 3295469
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

TRAUMA NO JOELHO DIREITO

História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM TRAUMA NO MID (JOELHO) E TCE, SEM HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCÊNCIA OU VÔMITOS.

Exame Físico

ORIENTADA, EUPNEICA, EM BOM ESTADO GERAL, ECG:15
NEGOU CERVICALGIA, MOBILIZA OS 4 MEMBROS ATIVA E PASSIVAMENTE
MID: FERIMENTO EXTENSO JOELHO DIREITO, MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO
EM TEMPO: REFERE CEFALÉIA

Observações

Conduta

SOLICITO RX
AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA - CRM: Nº.CRM20910



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ
Sexo: FEMININO
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ
Endereço: RUA SAO PEDRO, N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE
Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias
Nasc.: 26/07/1982
CNS: 700108917765517
Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 06/02/2019 09:00
Prontuário: 1079363
Nº. Atendimento: 3295704
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO III-24-02

Médico:
ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Label

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO: 03295704	CÓDIGO PACIENTE: 01079363
NOME DO PACIENTE: ADRIANA LEVINA MUNIZ	SITUAÇÃO CIRURGIA:		
TIPO DE ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA	COM CEC: NÃO COM ROBÓTICA: NÃO		
CID FINAL: FERIMENTO DO JOELHO - S810 Procedimento			
Material:			
DATA / HORA INICIAL: 06/02/2019	DATA / HORA FINAL: 06/02/2019		
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:			
<ol style="list-style-type: none">1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA2. ASSEPSIA E ANTÉSSPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS3. EXPLORAÇÃO DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO ONDE OBSERVAMOS TENDÃO PATELAR ÍNTEGRO4. REALIZAÇÃO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO5. SUTURA DO FERIMENTO COM FIO NYLON 3.06. CURATIVO			
CIRURGIA PROPOSTA:			
DESRIDAMENTO + SUTURA DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
CIRURGIA REALIZADA:			
DESRIDAMENTO + SUTURA FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO INICIAL:			
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO CIRURGICO:			
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
INTERCORRÊNCIA:			

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Atendimento: 3295704

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 09:00

Dt Alta: 09/02/2019 - 07:51

Paciente: 1079363 ADRIANA LEVINA MUNIZ

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 145 TRAU 24-02 - POSTO III

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: ADRIANALS

Diretor Clínico:

CID: L989 AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO, NAO ESPECIFICA

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

LAUDO LERIU

PACIENTE ADRIANA LELIA
MULHER, 36 ANOS, EM SITUAÇÃO DE
ABUSO DE DROGA EM 05/11/19
COM TRAUMATISMO DE FEMUR
EXTREMO, JARDO DENT, AGRESSÃO
DE 40 (X-RA) DE 2019
MUITO DE SEU ATENDIMENTO
PARTEIR DENT DENT. EM FORTALEÇA
C/ 580.0

Data: 1 / 1 / _____

101-4114
Dr. Silvio Macedo
Ortopedia
Médico-CRM: 9758

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS
29 ABR. 2019
SEGURO DPVAT





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ
Sexo: FEMININO
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ
Endereço: RUA SAO PEDRO, N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE
Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias
Nasc.: 26/07/1982
CNS: 700108917765517
Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 05/02/2019 20:45
Prontuário: 1079363
Nº. Atendimento: 3295469
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

TRAUMA NO JOELHO DIREITO

História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM TRAUMA NO MID (JOELHO) E TCE, SEM HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCÊNCIA OU VÔMITOS.

Exame Físico

ORIENTADA, EUPNEICA, EM BOM ESTADO GERAL, ECG:15
NEGOU CERVICALGIA, MOBILIZA OS 4 MEMBROS ATIVA E PASSIVAMENTE
MID: FERIMENTO EXTENSO JOELHO DIREITO, MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO
EM TEMPO: REFERE CEFALÉIA

Observações

Conduta

SOLICITO RX
AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA - CRM: Nº.CRM20910



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ
Sexo: FEMININO
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ
Endereço: RUA SAO PEDRO, N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE
Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias
Nasc.: 26/07/1982
CNS: 700108917765517
Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 06/02/2019 09:00
Prontuário: 1079363
Nº. Atendimento: 3295704
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO III-24-02

Médico:

ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Label

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03295704	01079363
NOME DO PACIENTE:	SITUAÇÃO CIRURGIA:		
ADRIANA LEVINA MUNIZ			
TIPO DE ANESTESIA:	COM CEC:	COM ROBÓTICA:	
RAQUI ANESTESIA	NÃO	NÃO	
CID FINAL:			
FERIMENTO DO JOELHO - S810			
Procedimento			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:	DATA / HORA FINAL:		
06/02/2019	06/02/2019		
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:			
<ol style="list-style-type: none">1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA2. ASSEPSIA E ANTÉSSPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS3. EXPLORAÇÃO DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO ONDE OBSERVAMOS TENDÃO PATELAR ÍNTEGRO4. REALIZAÇÃO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO5. SUTURA DO FERIMENTO COM FIO NYLON 3.06. CURATIVO			
CIRURGIA PROPOSTA:			
DEBRIDAMENTO + SUTURA DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
CIRURGIA REALIZADA:			
DEBRIDAMENTO + SUTURA FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
DIAGNÓSTICO INICIAL:			
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:			
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
INTERCORRÊNCIA:			

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Atendimento: 3295704

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 09:00

Dt Alta: 09/02/2019 - 07:51

Paciente: 1079363 ADRIANA LEVINA MUNIZ

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 145 TRAU 24-02 - POSTO III

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: ADRIANALS

Diretor Clínico:

CID: L989 AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO, NAO ESPECIFICA

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

LAUDO LERIU

PACIENTE ADRIANA LELIA
MULHER, 36 ANOS, EM SITUAÇÃO DE
ABUSO DE DROGA EM 05/11/19
COM TRAUMATISMO DE FEMUR
EXTENSIVO, JARDO DEBILITADO, AGRAVADO
DE 40 (QUARENTA) POR CEM PERCENTO
MUITO DE SEU ATIVIDADE E
PARTEIR DEBILITADO COM FRAATURAS
CIRURGIA 580.0

Data: 1/1/

101-4114
Dr. Silvio Macedo
Ortopedia
Médico-CRM: 9758

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS
29 ABR. 2019
SEGURO DPVAT











PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144087/19

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

CPF: 043.474.194-90

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANA LEVINA MUNIZ

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
Outros

ADRIANA LEVINA MUNIZ : 043.474.194-90

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 cancela 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: 29/04/2019
Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ
CPF: 043.474.194-90


ADRIANA LEVINA MUNIZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61


RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297943 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA, DEBRIDAMENTO E SUTURA DO JOELHO DIREITO)P2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. SILVIO MACHADO, CRM 9758, DE 16/04/19, PÁGINA 04. "VÍTIMA NECESSITA DE 90 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DA DATA DO ATESTADO MÉDICO".

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144087/19

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

CPF: 043.474.194-90

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANA LEVINA MUNIZ

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
Outros

ADRIANA LEVINA MUNIZ : 043.474.194-90

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: 29/04/2019
Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ
CPF: 043.474.194-90

ADRIANA LEVINA MUNIZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

