
Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710827

Vítima: SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS

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

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710827

Vítima: SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002547-X**

Conta: **0000023250-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2547 X CONTA: 23250 5

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Graude 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 nascituro(s) nascido(s)? ☐ 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 a aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

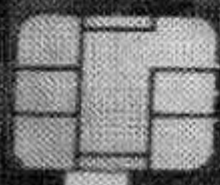
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard

Fácil



4850 6480 3941 7410

0000
1780

09/24

SISTERINA CONCEICAO

2547-X

23.250-5

VISA

agencia - 2547 - X
conta 23.250-5

C/C



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00304.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00304.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 03 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Severina Conceição dos Santos**, CPF nº 704.995.534-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Rita Maria da Conceição e José Maria dos Santos, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 24/09/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Aldeia Silva da Estrada, Nº S/N, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Aldeia Silva da Estrada, na cidade de Baía da Traição/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 041, Pb 041, Rio Tinto/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 08/07/19 07:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

Local: Pb 041, Pb 041, Rio Tinto/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 08/07/19 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE a notificante relata que trafegava com o veículo/tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 125 FAN KS., PLACA: OGF 0656/PB, chassi: 9C2JC4110ER403060 de cor vermelha, ano e modelo: 2013/2014, registrado em nome de Edilma Francisco Gomes, CPF 077.675.754-70, QUE relata que vinha normalmente em sua mão, quando um veículo não sabendo especificar marca e modelo, nem sabe quem era o condutor; QUE esse colidiu na traseira da moto da notificante QUE a notificante foi socorrido pelo SAMU de Rio Tinto, conforme declaração em anexo, datado de 27/11/2019; QUE a notificante foi socorrido para o complexo Hospitalar de Mangabeira, conforme laudo médico de Resumo de ALTA, CID 10 S92,0

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

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 03 de dezembro de 2019.

SEVERINA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
Notificante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Graude 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 nascituro(s) nascido(s)? ☐ 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 a aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

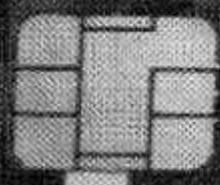
40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard

Fácil



4850 6480 3941 7410

0000
1780

09/24

SETERIVA CONCEICAO

2547-X

23.250-5

VISA

agencia - 2547 - X
conta 23.250-5

C/C



SAMU
192

**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO TINTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU-192)
RIO TINTO – PB**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que no dia 08/07/2019, oSra Severina Conceição dos Santos foi vítima de colisão carro, moto na PB – 041.

O mesmo obteve o atendimento pré hospitalar pela equipe do Samu 192 Rio Tinto ainda no local e em seguida foi encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira

Rio Tinto, 27/11/2019.

Arthur L. P. Menezes
COREN-PB 387935 ENF
Coordenador SAMU 192
Rio Tinto-PB

ARTHUR LEITE PINTO DE MENEZES
Coordenador Samu Rio Tinto

Rua Assis Chateaubriand, s/n- Centro – Rio tinto – Paraíba

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02547-X

CONTA: 000000023250-5

Nr. da Autenticação ABC9BA1847F24905

JOSE MARIA DOS SANTOS
ALCEA SILVA DA ESTRADA S/N - AREA RURAL
BAIXA TRACAO/PE CEP 32950-715



ENERGISA - PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
E-000-1000 - Insc. Estadual: João Pessoa/PE - CEP 50071-000
CNPJ 09.095.193/0001-40 - Ins. Est. 15.115.123-0

Linha de Tensão: MONOFASICO
End. Uso: RES MTC BT / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14-18-259-5130 Referência: Nov/2019
Medidor: V15057284573 Emissão: 22/11/2019

Tarifa Fixa/ Custo de Energia Básica (Módulo):
Cód. para Dab Automático: 90007120796

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Atendimento 24h

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	22/11/2019	23/12/2019	739.648.024-49 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **6/712879-6**

Canal de contato
Sarambaia greve e cada matut. Fiquem atento ao calendário de vacinação e se previna

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 22/12/19	Data 22/11/19			
Leitura 188	Leitura 218		30	30

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo Energia	12-00012-798810	58.83	58.83	17	26.08	58.83	0.92	0.74
0001	Adc. E. Amarela		0.84	0.84	07	0.17	0.84	0.00	0.03
0001	Adc. E. Vermelha		5.07	5.07	07	1.45	5.07	0.04	0.21
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA		12.00	12.00	0	0.00	12.00	0.00	0.00

CC	Descrição	Valor	TOTAL	114,64	114,64	27,71	114,64	0,30	0,27
	Tarifa de Transmissão								

VALIDADE	TOTAL A PAGAR
29/11/2019	R\$ 114,64

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: 4020-1556 / 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 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTAL/ASFX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. 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

Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Severina Conceição dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 704995534, 54

do sinistro da DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Severina Conceição dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 704995534, 54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 12/12/19

Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

Nº. 1826/2019

EU

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº242955 e Prontuário nº 2019.07.0822 pertencentes ao paciente **SEVERINA CONCEIÇÃO DOS SANTOS** que foi atendido dia 08/07/2019 às 09h21min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta calcâneo esquerdo + lesão do tendão do calcâneo + fratura exposta do 3º pododáctilo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/07/2019 e 24/7/2019. Com alta médica dia 09/08/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de novembro de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

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

Ficha Nr: 242955 Atd: Nao Regulado
Data: 08/07/2019
Hora: 09:21:23
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUEZ
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.07.000822

CNS: 898050089176474 Sexo: F IDENTIDADE: 4162233 Fone: 987233715

Natural: RIO TINTO/PB Data Nasc.: 24/09/1996 Id: 22 ano(s)

End.: ALDEIS SILVA DA ESTRADA, 00CPF 704.995.534-54

Bairro: ZONA RURAL Cidade: BAIJA DA TRACAO UF: PB

Mae: RITA MARIA DA CONCEICAO

Pai: JOSE MARIA DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMAO- JOAO BATISTA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr. dencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO M-M NA ESTRADA DE RIO TINTO ERA COND.AS 7;

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO/MOTO APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE
CALCANEO E OUTRAS ESCOEIACOES. NEGA TRAUMA DE
TORAX E CABECA. VEIO COM O SAMU

Paciente vitima de queda de moto por colisão moto

foi vítima de colisão de moto

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Não apresenta queixas, cervical indolor, torax estável, abdo
lindo, Glasgow 15, múltiplas abrasões/escorções em M.S.E. e m
fratura exposta de calcâneo recebida pela equipe do APH o/cu
foi oclusão e imobilizado em M.I.E., perfusão preservada.

Diagnostico

Conduta

Col. I. atenciona + Soluto R. de 65g

Prescricao

Horario da medicacao

VERM 6804/18

o 1º fx exposta do Capômetro @.

Cefazolina 2g + AZ, EV 10/10

assinatura e carimbo)

SAT IM

Amaturo Compressivo.

O: 30h.

2 apêndices I + 2h

15 Sem Sinal de Cyano p/presença

Dr. Luis Siqueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9328

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

se | Horário | Evo

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 680702006207 TEOT 11797

Reservado p/ liberação

Transferido

[] Desistência

[] UTI

Enfermaria

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Conclusão

Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 07/07/19

Nome: SEVERINA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
 Escolaridade: _____

QPD: _____

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO QUATRO
COM FRATURA EM RF + ELONGAÇÃO
RX FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO (8)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade: _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Radiografia.

Hipóteses Diagnósticas: Fratura exposta

Conduta: Ime + Tomografia + Fix

funcionamento de cor

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>SEBASTIÃO CARNEIRO DOS SANTOS</u>		Registro:	
Idade: <u>22a</u>	Sexo:	Cor:	Clínica:
EMP:		LR:	
Data: <u>08/07/19</u>	Cirurgião: <u>Dr. ALISSON</u>	1º Assistente: <u>Dr. KLENIOR</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:	
Anestesista: <u>FABIANO</u>		Tipo Anestesia:	
Horário: I:		T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<u>FRATURA EXPOSTA COLETÃO (B)</u>			
<u>+ LESÃO TENDÃO COLETÃO</u>			
<u>+ FRATURA EXPOSTA 3º PDE.</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
<u>O mesmo.</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<u>LAC + Fixação perone-</u>			
<u>trôsea + tendão de bota.</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em decúbito ventral sob
- Assépsis e antissépsia.
- Posição de membros inferiores.

Incisão:

Achados:

Visualizado foco de fratura
extensa de partes moles; Rompimen-
to do de Aquiles; Visualizado foc-
com presença de "terras"; Ponto de

Conduta:

Realizado LMC com SFO, 9-
ressecção de tecidos desvitaliza-
do temido câncero com ETHBOND
com 3.0 na crã; Posição de F

Fechamento:

Limpes SFO, 91.
Fechamento por planos.
Sutura + curativo + TSL

OBS:

Manter TALA em gesso;
Diário com curativo de PB

Data: 08.07.19

MÉDICO/

Nome: Severina Conceição dos Santos				Registro:	
Idade: 22A	Sexo: M	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 24/07/2019			Cirurgião: Jorge Augusto		
1º Assistente: Alexandre Galvão			2º Assistente: Yury Cordeiro		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Necrose de pele em Fratura de Calcâneo					S92.0
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
LMC					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito ventral sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Necrose de coxim gorduroso de calcâneo E

Conduta:

Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados em calcâneo E

Realizado retira de sutura

Mantenho fixação de tendão de aquiles

Mantenho fixação com fio K

Limpeza com SF 0,9%

Curativo com sulfá

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9%

Curativo

OBS: Mantenho paciente interna para curatio com comissão e avaliação da cirurgia plástic

Data: 24 / 07 / 2019

Dr. Yuri Dorda
CRM 11.307 F
Ortopedia e Trauma
MÉDICO/C

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME SEVERINA CONCEIÇÃO DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 22 anos	SEXO FEM	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF. 29	LEITO 428
DATA DE ADMISSÃO 08/07/2019		DATA DE ALTA 09/08/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Calcâneo + Lesão de tendão aquiles + Fx de 3 PD</i>				CID S92.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de calcâneo demonstrando solução de continuidade óssea de calcâneo</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES]

Paciente portador(a) de fratura de calcâneo e fratura do 3 pododactilo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação interna com fio K + tenorrafia do tendão de aquiles com sutura intraóssea. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacino e AINE

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. Dr. ALISSON

Dr. Yury Cordeiro
CRM 11.507 PB
Ortopedia e Traumatologia

09/08/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-900




Severina Conceição dos Santos
ASSINATURA DOUTURAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.162.233 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/04/2013

NOME SEVERINA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ MARIA DOS SANTOS
RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE RIO TINTO-PB DATA DE NASCIMENTO 24/09/1996

DDC ORIGEM NASC.N. 3438 FLS. 159 LIV. A04
CARTÓRIO MARCÇÃO-PB

CPI 704.995.534-54

Assinatura: *Israel Adriano de Silva Neto*
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.110 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190710827 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO E 3º PODODÁCTILO ESQUERDO. P1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P1,6,7,8,10.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Severina Conceição dos Santos, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Agricultora, residente e domiciliado à Rua Alcides Silva da Estrada nº S/N, bairro Zona Rural, Município de Baía da Traição, Estado de(o) Pernambuco, Cep: 58.295.000, portador(a) do Rg nº 4.162.233, SSP/ e CPF nº 704.995.534-54.

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal 3 Costa Dória nº 167, bairro Marabá, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 1054562, SSP/ PB e CPF nº 455.526.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severina Conceição dos Santos ocorrido em 08/07/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza em validade.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Baía da Traição, 16 de setembro de 2019.

Ofício
Notas

Severina Conceição dos Santos
Outorgante
CPF nº 704.995.534-54

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Rua Dr. Osvaldo Trigueiro, 652, Baía da Traição

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Severina Conceição dos Santos
Dou fé. Baía da Traição/PB - 16/09/2019
Substituto: Waldir Fernandes de Oliveira
Selo Digital: AJC14122-PAGZ
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$8,00 Farpen R\$1,75 MP R\$0,13 Fepj R\$1,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460705/19

Vítima: SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS

CPF: 704.995.534-54

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/07/2019

Titular do CPF: SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINA CONCEICAO DOS SANTOS : 704.995.534-54

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 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: 19/12/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA