



Número: **0800052-59.2020.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

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	
MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34587183	22/09/2020 10:09	2752370_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592656 Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01963/01964 - carta_03 - INVALIDEZ

00290982



Carta nº 14996535





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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592656

Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

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 14996732





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, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592656

Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000002191-1**

Conta: **000010002131-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0204718119 3 - CPF da vítima: 107.437.914-44 4 - Nome completo da vítima: Mikael Aguiar Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Mikael Aguiar Pereira da Silva 6 - CPF: 107.437.914-44
7 - Profissão: Agente de TI 8 - Endereço: Rua José Raimundo 9 - Número: 511 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (83) 99192-8028

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 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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 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) ☐ 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 nascituro(vários)? ☐ 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

Assinatura
(digital ou
escrita do
beneficiário
ou representante)

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

40 - Local e Data, João Pessoa 18/10/2019

Mikael Aguiar Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

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: 0304718119 3 - CPF da vítima: 107.437.914-44 4 - Nome completo da vítima: Mikael Aguiar Pires da Silva

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

5 - Nome completo: Mikael Aguiar Pires da Silva 6 - CPF: 107.437.914-44
7 - Profissão: Agente de Seguros 8 - Endereço: Rua Jox Rendonio 9 - Número: 514 10 - Complemento: -
11 - Bairro: UNIRAS 12 - Cidade: Pedro Leopoldo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99592-8028

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 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0391 1 CONTA: 2331 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 ☐ 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 nascituro(vários)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 23/10/2019

Mikael Aguiar Pires da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001/002/2019



SISBB - SISTEMA DE INFORMACÖES BANCO DO BRASIL
19/10/2019 AUTO-ATENDIMENTO 14.02.55
219173197 241

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUÇANÇA

DEBITADO

AGENCIA: 2191-1 CONTA: 10.242-1
CLIENTE: DAMIÃO ANTONIO DA SILVA

FAVORECIDO

AGENCIA: 2191-1 CONTA: 2.131-3 VAR: 51
CLIENTE: MIKAEL A PESSOA SILVA
VALOR: 10,00

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Creditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL



Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 568/2019

Aos 16 dias de outubro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 12h:43min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MIKAEL AGRÍCIO PESSOA DA SILVA, conhecido por , RG nº 4.150.163-SSP/PB, CPF nº 107.437.914-44, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Edinaldo Pessoa da Silva e Marlene Pessoa da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 10/01/1999, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pau d'Arco de Cima, S/N, nº , bairro: -Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: px. fazenda da Drª SOCORRO, fone(s) para contato: (83) 98689-7944.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 13 de maio de 2019;
- 3) HORÁRIO: 12h:30min;
- 4) LOCAL: na rua principal nº , bairro Centro-Pedro Régis/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 150 TITAN KS, NIV: 9C2KC08105R033316, ano/modelo: 2004/2005, cor vermelha, placa: MNX-7329/PB, licenciada em nome de EDINALDO PESSOA DA SILVA.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE.

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, quando um veículo não identificado entrou abruptamente em uma rua transversal; QUE o notificante não conseguiu frear a tempo e colidiu na lateral do veículo, cujo condutor se evadiu do local; QUE em seguida o notificante foi socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

MIKAEL AGRÍCIO PESSOA DA SILVA
Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/AgenteMat. nº 155.335-6



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: 0204718119 3 - CPF da vítima: 107.437.914-44 4 - Nome completo da vítima: Mikael Aguiar Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Mikael Aguiar Pereira da Silva 6 - CPF: 107.437.914-44
7 - Profissão: Agente de Seguros 8 - Endereço: Rua José Raimundo 9 - Número: 511 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (83) 99192-8028

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 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ 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): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: 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) ☐ 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 nascituro(vários)? ☐ 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

Assinatura (digital ou manuscrita) do beneficiário ou representante legal

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

40 - Local e Data, João Pessoa 18/10/2019

Mikael Aguiar Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO RÉGIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE SEVERINA FERNANDES

DECLARAÇÃO

Declaro que o paciente MIKAEL AGRÍCIO PESSOA DA SILVA;portador do RG-4.150.163/SSDS-PB;nascido em 10/01/1999,foi atendido pelo pala ambulância o Município de Pedro Régis, em 13/05/2019 às 12:30 minutos,na PB 071-no-NA RUA MIGUEL LUIZ,CENTRO, MUNICÍPIO DE PEDRO RÉGIS-PB,vítima de acidente DE QUEDA DE MOTOCICLETA ,consciente, orientado ,com trauma no pé direito ,com fratura exosta e suspeita de lesão de tendão ,onde foi realizado imobilização .Foi realizado o atendimento pré-hospitalar-APH pela a equipe do município e remoção do paciente para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY-ORTOTRAUMA-JOÃO PESSOA-PB .

Pedro Régis,30 de Maio de 2019;

MARIA APARECIA INOCENCIO E ARAÚJO GABÍNIO-COREN 55583-ENF


Mª Aparecida Inocência de A. Gabino
Enfermeira
COREN-PB 55583

(COORDENADORA DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE SAÚDE SEVERINA FERNANDES)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010002131-X

Nr. da Autenticação 5C4D115BFB3BF82A



JOSE ANTONIO TRAJANO SOBRINHO
RUA JOSE ROSENDO S/N - CENTRO
PEDRO REGIS / PB CEP: 58273000 (AG. 14)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDIDA
Foneiro: 7 - 30 - 811 - 4322
Medidor: 00008407719

Referencia: Mai / 2019
Emissao: 13/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-690
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.805.850
Cód. para Déb. Automático: 00015362346

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF / CNPJ / RAR

Mai / 2019

13/05/2019

11/06/2019

101.463.964-92
Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora):

5/1536234-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil



CERTIDÃO

Nº. 1478/2019

Atendendo solicitação de ABRAÃO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO 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 Nº229042 e Prontuário Nº 2019.05.1539 pertencentes ao paciente **MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA** que foi atendido dia 13/05/2019 às 14h37min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do hálux direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/05/2019. Com alta médica dia 14/05/2019.

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

João Pessoa, 09 de Setembro de 2019


Dr. Fabiana F. de Araújo
CRM PB 4516
Médica
CRM/PB 4516



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58055-200 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 229042- Atd: Nao Regul.
Data: 13/05/2019
Hora: 14:37:53
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S.
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.05.001539

CNS: 706309709564774 Sexo: M IDENTIDADE: 4150163 Fone: 986897944

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 10/01/1999 Id: 20 ano(s)

End.: NAO SOUBE INFORMAR, O

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRO REGIS UF: PB

Mae: MARLENE PESSOA DA SILVA

Pai: EDINALDO PESSOA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MECANICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE DE PEDRO REGIS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COL. CARROXIMOTO PEDRO REGIS RJ, CONDUTOR

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

TRAUMA EM DEDO DO PE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Refere queda mano to
e trauma no 1º dig.
EF: lesao de tendao.
ext. Hallux.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

5F091. 1000ml IV.
Dipirona 1amp + AD IV.
Ao Polaca Curacao

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PR 12814



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtda!	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Miguel Aguiar P. do Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Alisson</i>			1º Assistente: <i>Dr. Hartmann</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>fratura exposta Halux I.</i>					
<i>Lesões tendões extensor longo</i>					
<i>do Halux I</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>- Trat. cirúrgico de fratura do Halux</i>					
<i>- Tendão.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6913/CRM-PE 17606
SBOT 12614

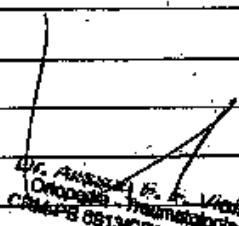
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:09:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210092767300000033069793>

Número do documento: 20092210092767300000033069793

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Feit em DV sob anestesia. Rotina aséptica e UV. Observado fratura dasais do Halux e (Ternografia) dígito lateral	
Incisão:	do tendão extensor longo do Halux. Loação exaustiva e 50g. Ternografia +
Achados:	Fixação com 01 fio. Extensor + anafixo
Conduta:	
 Dr. Anderson F. F. Vieira Ortopedia - Traumatologia CRM-PB 0813/CRM-PE 17508 SBOT 12814	
Fechamento:	
OBS:	

Data: 13/03/19

MEDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: Uícar Aguiar Lima da Silva Sexo: M Idade: 80

Data de Nascimento: 13/05/19 Data de Admissão: 14/05/19

Prontuário Nº: 14103119 CID: 14103119

DIAGNÓSTICO INICIAL
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
OUTROS EXAMES
TRATAMENTO REALIZADO
EVOLUÇÃO
COMPLICAÇÕES
PROGNÓSTICO
RECOMENDAÇÕES

RESUMO CLÍNICO
 Paciente com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com sinais de congestão pulmonar e edema de membros inferiores. Tratado com diuréticos e medicamentos para insuficiência cardíaca. Evoluiu com melhora dos sintomas e sinais de congestão. Alta com medicação para continuar em casa.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
 Dieta: Leve
 Repouso: Relativo em casa por 15 dias
 Retorno às atividades sem esforço físico em 15 dias
 Retorno às atividades com esforço físico leve em 30 dias
 Retorno às atividades com esforço físico em 45 dias
 Cuidados com a ferida operatória: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital.

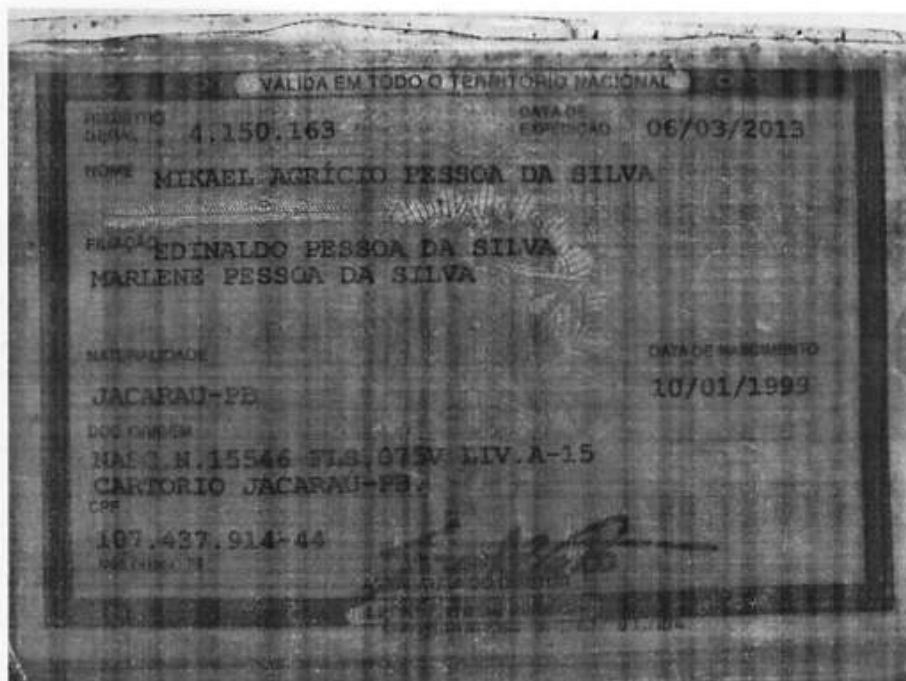
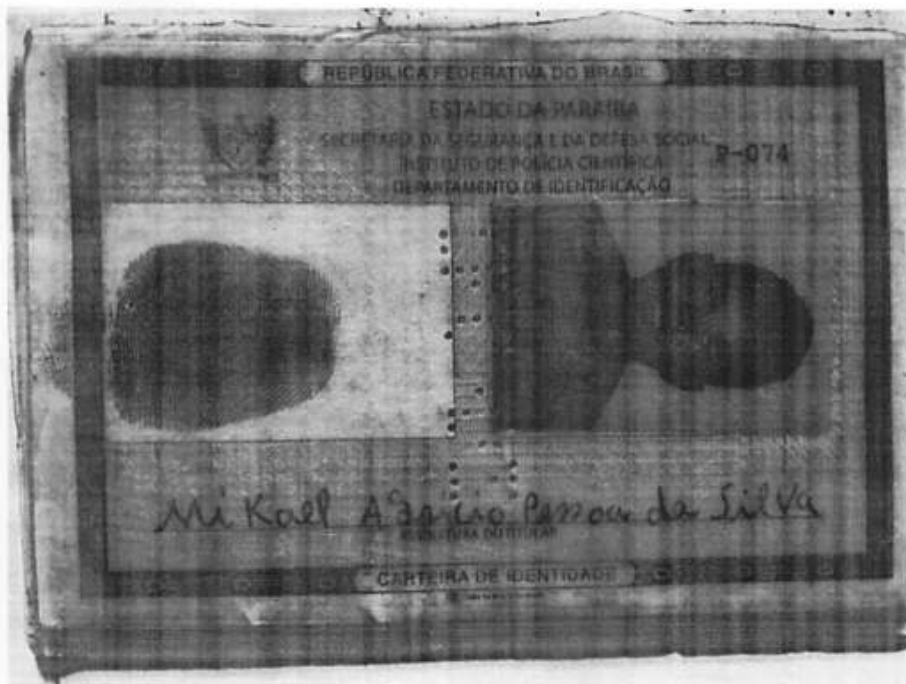
MEDICAÇÕES PARA CASA: Clonazepam 10mg + Alprazolam 1000

RETORNO
 Ao posto de saúde em 15 dias
 Ao Ambulatório do 15 dias
 para retirada de pontos em 30 dias para revisão. OK

DATA: 14/05/19

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:09:27
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210092767300000033069793
 Número do documento: 20092210092767300000033069793



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 011755324248

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIAI 0083865680-3 00/00000000 EXPIR 2015

EDINALDO PESSOA DA SILVA NOME

04269371914 CNPJ

MNX7329/PB

PLACA ANT / UI 9C2KC08105R093316

PAS/MOTOCICLETA/MAO APLIC

GASOLINA

2004 2005

CAP 162/100 / CUB 162/100

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC / COTAS

1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) SEGURO PREMIO TOTAL (R\$) 21/09/2015

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DÓLUPNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDE PARA TRANSCENDENCIA

JACARA 322

Arístides Chaves Sousa

21/09/2015 DATA 16152

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592656 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO (LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR).

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

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 MODERADO DE DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.4/5_CIRURGIA.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 011755324248

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIAI 0080865680-3 00/00000000 EXP 015

EDINALDO PESSOA DA SILVA NOME

04269371914 CNPJ

MNX7329/PB

PLACA ANT / UI 9C2KC08105R093316

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

GASOLINA

2004 2005

CAP 162/169 / C 0 PARCELA 1

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC / COTAS

1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) SEGURO PREMIO TOTAL (R\$) 21/09/2015

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DUVENIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSCENDENCIA

JACARA LOCAL

322

Arístides Chaves Sousa

21/09/2015 DATA 16152

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364718/19

Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

CPF: 107.437.914-44

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA : 107.437.914-44

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: 18/10/2019
Nome: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA
CPF: 107.437.914-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA

