
Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190668398

Vítima: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREIA RIBEIRO 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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190668398

Vítima: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREIA RIBEIRO 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANDREIA RIBEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001731-0**

Conta: **000010040816-8**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190668398 **Cidade:** Canguaretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO 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 COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.4/6_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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CANGUARETAMA - CANGUARETAMA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025770/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 11:28

Data/Hora Fim: 11/07/2019 11:49

Delegado da Polícia: José Carlos de Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afoto: Delegacia Municipal de Canguaretama

Data/Hora do Fato: 10/06/2019 09:45

Local do Fato

Município: Canguaretama (RN)

Lugradouro: princesa isabel

Complemento: via publica

Ponto de Referência: próximo ao semafaro

Tipo do Local: Via Pública

Bairro: sertãozinho

Nº: s/n

Natureza

22: Lesão corporal de natureza grave se resulta incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias (Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB)

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADREIA RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Canguaretama

Sexo: Feminino

Nasc: 27/06/1988

Profissão: Supervisor de Caixa

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Terezinha da Lima Ribeiro

Nome do Pai: Antonio Ribeiro da Silva

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 073.885.414-06

Endereço

Município: Canguaretama - RN

Lugradouro: rua osorio chaves

Bairro: piquiri

Telefone: (84) 98141-9772 (Celular)

Nº: 302

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Canguaretama - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

a declarante compareceu a esta delegacia para informar que estava em um Mototaxi a caminho da UPA de Canguaretama; Que o Mototaxi foi ultrapassar um carro, mas o outro carro que estava estacionado na via abriu a porta e fez com que a declarante e o mototaxista caíssem; Que a declarante machucou o braço e foi socorrida por outro mototaxista para a UPA de Canguaretama; Que na upa, foi encaminhada para o Decolácio em Pamamirim. Nada mais disse e nem lhe foi perguntado.



Delegado da Polícia Civil: José Carlos de Oliveira
Impresso por: Márcio Bruno de Araújo Tavares
Data de Impressão: 11/07/2019 11:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



AUTENTICAÇÃO

A presente cópia é reprodução fiel do documento original apresentado: dou fe, Canguaretama, 18 de 04 de 2019

(Assinatura) (Substituto)
(Assinatura) (Substituto)
(Assinatura) (Substituto)

VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CANGUARETAMA - CANGUARETAMA - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 025770/2019

ASSINATURAS

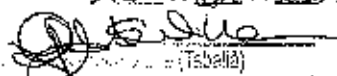
Márcio Bruno de Araújo Tavares
Agente de Polícia
Matrícula: 207.193-2
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinaladas e deixo que poderá responder civil e criminalmente pela veracidade das informações que dei origem, conforme previsto nas Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



AUTENTICAÇÃO

A presente cópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado, dou fé e autenticar em, 18 de 07 de 2019


(Substituído)

() Eliezer Geraldo Freire (Substituto)

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



Delegado de Polícia Civil: José Carlos de Oliveira
Impresso por: Márcio Bruno de Araújo Tavares
Data de Impressão: 11/07/2019 11:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: **073.865.414-06** 4 - Nome completo da vítima: **Andréia Ribeiro 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: **Andréia Ribeiro da Silva** 6 - CPF: **073.865.414-06**
7 - Profissão: **recuso** 8 - Endereço: **Rua Osorio Chaves** 9 - Número: **302** 10 - Complemento: **casa**
11 - Bairro: **Piquiri** 12 - Cidade: **Canguaretama** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59.190-000**
15 - E-mail: **recuso** 16 - Tel.(DDD): **(84) 9 8141-9772**

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\$1.000,00 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: **1731** **CONTA:** **40816** **6**
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Gênero 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 (vítimas)? ☐ 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 certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação do ressarcimento valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo) _____

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

40 - Local e Data: **Natal/RN, 27/11/2019**

Andréia Ribeiro da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01731-0

CONTA: 000010040816-8

Nr. da Autenticação 06D6622AF16C8E45

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0721284 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Larissa de Oliveira Maia inscrito (a) no CPF 086.988.144 / 25
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andréia Ribeiro da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 073865414/06 da sinistro de DPVAT cobertura invalidez/DAMS da Vitima
Andréia Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 073865414/06 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 Líder-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 R Edgar Dantas		Número 454	Complemento C
Bairro Santos Reis	Cidade Parnamirim	Estado RN	CPF 59141-150
Email recuso		Telefone comercial (DDD) recuso	Telefone celular (DDD) recuso

Natal/RN 28 de novembro de 2019

Local e Data

Larissa de Oliveira Maia
Assinatura do Declarante

SUS 405007832596258 Qd. 98941 9772 PK



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

Mae. *Elizabeth de Deus Ribeiro*
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº *75*

NOME: *Andressa Ribeiro da Silva*
IDADE: *24/06/1988* COR: *—* SEXO: *Fem.* ESTADO CIVIL: *Solteira*
NATURALIDADE: *Recife de Pernambuco* PROFISSÃO: *Doc. de Caxias* PROCEDÊNCIA: *—*
ENDEREÇO: *Rua Osório Mendes 310* BAIRRO: *Piquiss*
CIDADE: *Recife de Pernambuco* DATA: *9/06/2019* HORA: *18h35min*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Paciente vítima de queda de moto há cerca de 7h. Usava capacete. Não dormiu e vomitou. Queixa-se de dor em MSE. Deu entrada deambulando, sem lesão cervical. Traz RX de MSE.

EXAME FÍSICO

- A - VA pérvia. Sem cervicalgia.
- B - MM + bilateralmente. Eupneica em AA.
- C - Tórax inscrito. Abdomen flácido e indolor. Pelvis intacta.
- D - ECG NS. PIFR.
- E - Sem lesões aparentes. MSE em Eupneica.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	133 x 108	100	15			148

DIAGNÓSTICO INICIAL *Nontrauma*

08.07.19
Rede

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

1. Sol AX tórax
2. Sol parecer da Ortopedia
3. Duração 03 imp + 03 imp + 03 imp
4. Tração Long + 03 imp + 03 imp

Dr. Lúcio Delacret
MÉDICO
CRM 9761

ortopedica 20:15

paciente com RT de 20 de 100000 po
que se de 100000, com RT 100000 po
Wm Groll inter respeito Hospital

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	☐ REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ ÓBITO _____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

Jundiaí

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNEB	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNEB 3515188	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE ANDREIA RIBEIRO DA SILVA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 166151	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 705 0078 3259 6258	8- DATA DE NASCIMENTO 27/06/1988	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE TEREZINHA DE LIMA RIBEIRO		12- TELEFONE DE CONTATO 981419772	
13- NOME DO RESPONSÁVEL JEONE / NAMORADO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA: OSORIO CHAVES			
16- MUNICÍPIO CANGUARETAMA	17- BAIRRO PIQUIRI	18- UF RN	19- CEP 59190000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com fratura de alveolo e 6 com relato de queda de dentes			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO A. A. A.			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Ra + exame físico			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL Fr de alveolo	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO H. A. A.		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 06960367629	
29- CLÍNICA D. A. A.	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DE SOLICITAÇÃO 10/06/19	35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- N.º DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TRAJETO	45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO REGURADO		
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGAO EMISSOR	52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		

08/07/19
H. A. A.



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

ANDRÉIA RIBEIRO DA SILVA

Data operação

22/08/19

Enf.

Leito

Operador

Dr. JESSE

1º auxiliar

Dr. JOSIVAN NUNES

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA DO OLECRANO DIREITO

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OLECRANO DIREITO

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

antes durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - viceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSESPIA E ANTISSEPSIA
3. CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO POSTERIOR EM PLANOS NO COTOVELO DIREITO
5. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE KIRSCHNER AO NÍVEL DO OLECRANO E FIO DE CERCLAGEM
6. UTILIZADO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
7. REDUÇÃO OK
8. CURATIVO
9. TALA AXILOPALMAR
10. BOA PERFUSÃO DISTAL

CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(0415010012)POLITRAUMATIZADO
(0415030013)

PROC. CLÍNICO

PROC. CIRÚRGICO

CBO. 225225

CBO. 225270

DIAS

CID

553

JOSIVAN F. NUNES
Ortopedia / Traumatologia
CRM 28847-5

CONFIRMADO

10/09/19

10/09/19



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO PORTA ZERO		OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 166151		
DATA 19/06/2018	HORA 20:34	CATEGORIA	GIH	
PACIENTE ANDREIA RIBEIRO DA SILVA		DATA DE NASCIMENTO 27/06/1988		
ESTADO CIVIL SOLTEIRA	PROFISSÃO OP: CX			
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA: OSÓRIO CHAVES				
MUNICÍPIO CANGUARETAMA	BAIRRO PIQUIRI	UF RN	CEP 59190000	
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE		
FILIAÇÃO Terezinha de Lima Ribeiro		ANTONIO RIBEIRO DA SILVA		
RESPONSÁVEL JEONE / NAMORADO		TELEFONE 981419772		
ENDEREÇO O MESMO				

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

Ft de Almeida

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

23-06-2018

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Atendimento de Alta Complexidade

CONTEÚDO
DATA: 19/06/2018
ASSINATURA: *[Signature]*

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		HOM		Nome		Anamaria Ribeiro de Azeite	
Data		22/06/19		Tipo sanguíneo			
Pressão arterial		Pulso		Respiração		Temperatura	
Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uria	
Hemúlias		Hemoglobina		Glicemia		Uria	
Urina							
Ap. respiratório				Asma		Bronquite	
Ap. circulatório				Eletrocardiograma			
Ap. digestivo		Dentes		Pescado		Ap. urinário	
Estado mental		Ataxicos		Cardíacos		Ataxia	
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Pisco	

724

Pressão arterial	110/70
Pulso	72
Respiração	18

Date 22/06/19

សម្រាប់ការប្រើប្រាស់

2

Ap. respiration

Dr. Cloudberry

Ap. d. Gescho

Estado mental

ପ୍ରଶ୍ନ-ଉତ୍ତର ବିଭାଗ

Angewandte Mathematik

Medicamento pre-anestésico



D

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

001

Op
230
220

200	
210	
220	

[illegible]

160	170	Ans
-----	-----	-----

076	076	076
076	076	076

130	120	V
-----	-----	---

37.1	100	130
37.2	100	130
37.3	100	130
37.4	100	130
37.5	100	130
37.6	100	130
37.7	100	130
37.8	100	130
37.9	100	130
37.10	100	130
37.11	100	130
37.12	100	130
37.13	100	130
37.14	100	130
37.15	100	130
37.16	100	130
37.17	100	130
37.18	100	130
37.19	100	130
37.20	100	130
37.21	100	130
37.22	100	130
37.23	100	130
37.24	100	130
37.25	100	130
37.26	100	130
37.27	100	130
37.28	100	130
37.29	100	130
37.30	100	130
37.31	100	130
37.32	100	130
37.33	100	130
37.34	100	130
37.35	100	130
37.36	100	130
37.37	100	130
37.38	100	130
37.39	100	130
37.40	100	130
37.41	100	130
37.42	100	130
37.43	100	130
37.44	100	130
37.45	100	130
37.46	100	130
37.47	100	130
37.48	100	130
37.49	100	130
37.50	100	130
37.51	100	130
37.52	100	130
37.53	100	130
37.54	100	130
37.55	100	130
37.56	100	130
37.57	100	130
37.58	100	130
37.59	100	130
37.60	100	130
37.61	100	130
37.62	100	130
37.63	100	130
37.64	100	130
37.65	100	130
37.66	100	130
37.67	100	130
37.68	100	130
37.69	100	130
37.70	100	130
37.71	100	130
37.72	100	130
37.73	100	130
37.74	100	130
37.75	100	130
37.76	100	130
37.77	100	130
37.78	100	130
37.79	100	130
37.80	100	130
37.81	100	130
37.82	100	130
37.83	100	130
37.84	100	130
37.85	100	130
37.86	100	130
37.87	100	130
37.88	100	130
37.89	100	130
37.90	100	130
37.91	100	130
37.92	100	130
37.93	100	130
37.94	100	130
37.95	100	130
37.96	100	130
37.97	100	130
37.98	100	130
37.99	100	130
38.00	100	130

Q Re

	05	
	09	
	02	

	Pulls
20	47
21	48
22	49
23	50
24	51
25	52
26	53
27	54
28	55
29	56
30	57
31	58
32	59
33	60
34	61
35	62
36	63
37	64
38	65
39	66
40	67
41	68
42	69
43	70
44	71
45	72
46	73
47	74
48	75
49	76
50	77
51	78
52	79
53	80
54	81
55	82
56	83
57	84
58	85
59	86
60	87
61	88
62	89
63	90
64	91
65	92
66	93
67	94
68	95
69	96
70	97
71	98
72	99
73	100
74	101
75	102
76	103
77	104
78	105
79	106
80	107
81	108
82	109
83	110
84	111
85	112
86	113
87	114
88	115
89	116
90	117
91	118
92	119
93	120
94	121
95	122
96	123
97	124
98	125
99	126
100	127
101	128
102	129
103	130
104	131
105	132
106	133
107	134
108	135
109	136
110	137
111	138
112	139
113	140
114	141
115	142
116	143
117	144
118	145
119	146
120	147
121	148
122	149
123	150
124	151
125	152
126	153
127	154
128	155
129	156
130	157
131	158
132	159
133	160
134	161
135	162
136	163
137	164
138	165
139	166
140	167
141	168
142	169
143	170
144	171
145	172
146	173
147	174
148	175
149	176
150	177
151	178
152	179
153	180
154	181
155	182
156	183
157	184
158	185
159	186
160	187
161	188
162	189
163	190
164	191
165	192
166	193
167	194
168	195
169	196
170	197
171	198
172	199
173	200
174	201
175	202
176	203
177	204
178	205
179	206
180	207
181	208
182	209
183	210
184	211
185	212
186	213
187	214
188	215
189	216
190	217
191	218
192	219
193	220
194	221
195	222
196	223
197	224
198	225
199	226
200	227
201	228
202	229
203	230
204	231
205	232
206	233
207	234
208	235
209	236
210	237
211	238
212	239
213	240
214	241
215	242
216	243
217	244
218	245
219	246
220</	

~~SYMBOLS~~

①

ANOTACÕES

051006

Agents

Facilities

[illegible]

Amesbury



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

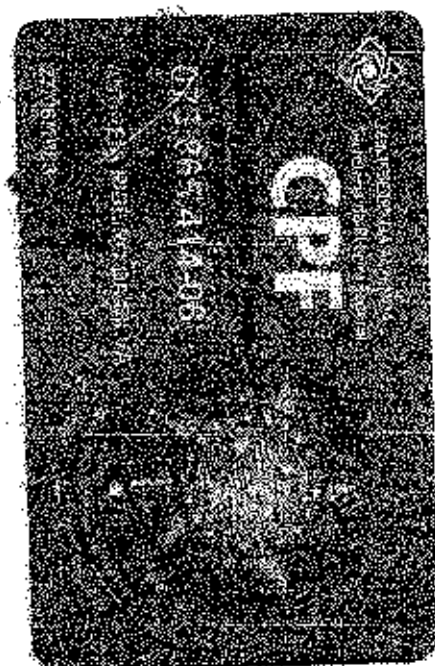
RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ Andreia Ribeiro da Silva

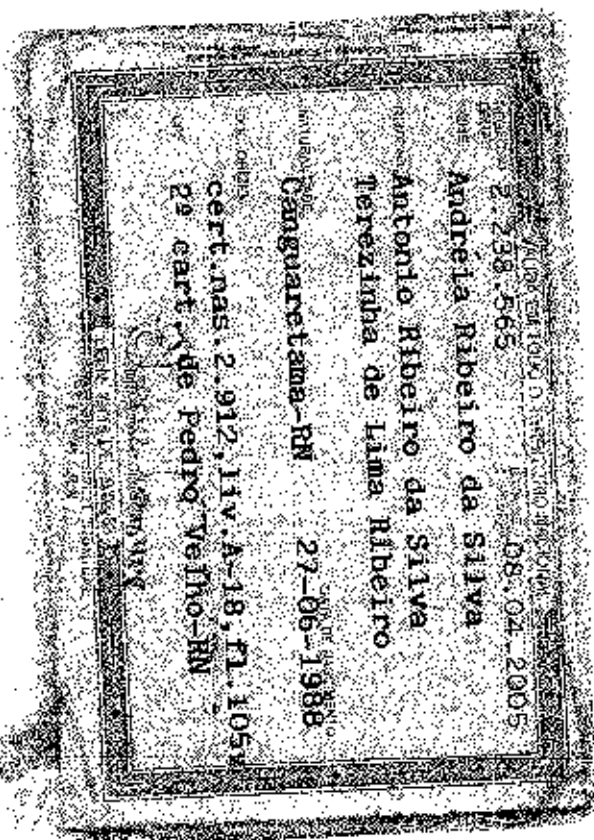
Paciente portadora de
fratura do osso da espinha, aguardando
com chance de consolidação.
Exame de ultra-
som do seu. Tratamento.

Apresentando sequelas
do seu acidente, limitação
dos movimentos
do osso da espinha → grau me-
diante.

13/08/19
JOÃO JERÔNIMO BARRETO
MÉDICO
CRM 19.100/19
CRM 19.100/19



VÍTIMA



Dados do Veículo de placa MZC2465						Em 13/11/2019 10:30:24	
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares	
MZC2465	949436925	MZC2465/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2	
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo		Potência	Combustível	Cor	Carroceria	
002807-HONDA/CG 150 TITAN KS (Nacional)	2007/2008		0	2-Gasolina	15-VERMELHA	999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário					Recadastrado DETRAN		
ERIVAN PEDRO DA SILVA					DetranNet		
Proprietário Anterior					Situação Lacre		
BR MOTO PEÇA E SERVIÇO LTDA					REGULAR modelo antigo		
Município de Emplacamento			Licenciado até		Adquirido em	Situação	
CANGUARETAMA			2019 em 19/06/2019, Licenciamento Anual no lote 012012, AR=RS078715858BR (CRLV emitido)(Via 1)		12/12/2007	Em Circulação	
Restrição à Venda					Sequência		
Alienação Fiduciária em favor de ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA					1661603		
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame							
Registro de Baixa de Alienação Fiduciária informado por CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA em 13/01/2009 às 10h16min para ERIVAN PEDRO DA SILVA							
Impedimentos							
Nenhum impedimento registrado até esta data							
▼ Listagem de Débitos							
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)			Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)	
Taxa Bombeiros - Motoc 2019			3147908.9.108760140	15/04/2019	15,00	15,00	
Total dos Débitos					R\$ 15,00	R\$ 15,00	
Taxas Detran		Seguro DPVAT	IPVA	Multas			
15,00		0,00	0,00	0,00			
▼ Infrações em Autuação							
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.							
▼ Listagem de Multas							
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.							
▼ Último Processo							
Processo	Interessado	Início em					
25000507/2008	76210430406	10/01/2008 às 12h32min					
Situação	Final em						
Encerrado	10/01/2008 às 12h50min						
Serviço	Execução em						
Primeiro Emplacamento	Em 10/01/2008 às 12h32min por 10772502404						
Alienação Fiduciária	Em 10/01/2008 às 12h32min por 10772502404						
Geração de guia de pagamento	Em 10/01/2008 às 12h32min por 10772502404						
Auditoria	Em 10/01/2008 às 12h50min por 20248130463						
Emissão CRV(1ª via)	Em 10/01/2008 às 12h51min por 40599787449						
▼ Recurso de Infração							
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.							
▶ Histórico de Impedimentos							
Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.							

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

◀ Voltar

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Andréia Ribeiro da Silva, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Fiscal de Caixa, Data do Acidente: 19.06.19
Cobertura TOTAL, portador(a) do RG 22.38.565, órgão expedidor
SEDS e do CPF: 073865214-06, residente no(a)
Rua Osório de Almeida nº 302,
bairro: Piquiri, município: Canguaretama / RN.

OUTORGADO:

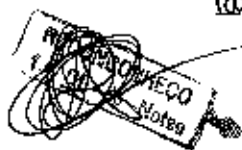
Nome: Larissa de Oliveira Maia brasileiro(a) estado civil: solteira Profissão: Advogada
portador(a) do RG 003.007.335 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 086.988.144-25 residente
no(a) R. Edgar Dantas nº 454-C bairro: Santos Reis município: Parnamirim/RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim-RN, 13 de Novembro de 2019
Local e Data



Andréia Ribeiro da Silva

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424882/19

Vítima: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

CPF: 073.865.414-06

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 19/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LARISSA DE OLIVEIRA MAIA : 086.988.144-25

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

ANDREIA RIBEIRO DA SILVA : 073.865.414-06

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: 29/11/2019
Nome: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA
CPF: 086.988.144-25

LARISSA DE OLIVEIRA MAIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA