
Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190474723

Vítima: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIEL LOURENCO 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

725.090.234-20

4 - Nome completo da vítima:

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo:

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

6 - CPF:

725.090.234-20

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA AMSTERDAM

9 - Número:

344

10 - Complemento:

CASA B

11 - Bairro:

IMBIRIBEIRA

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51180-190

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81 985558217

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: 3208

5

CONTA: 0089646

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autoriza 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou resíduo (pel nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ 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

Impressão
Sigilo da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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,

Recife, 12/08/2019.

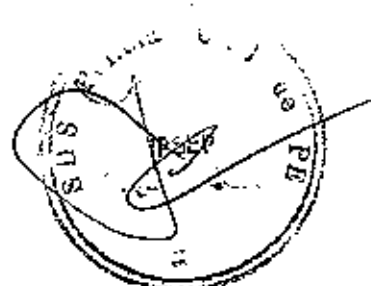
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12 AGO 2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099001917**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2019** às **17:13**

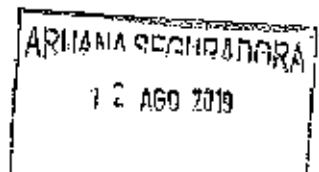
Complementa o BO Número: **19E0099001506**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/8/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARQUITETO LUIZ NUNES, 1 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**

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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA** Pai: **MANOEL LOURENÇO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA AMSTERDAM, 344, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH5776 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015**

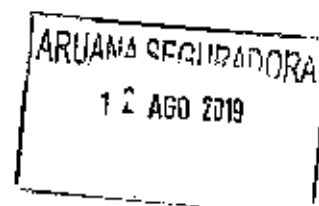
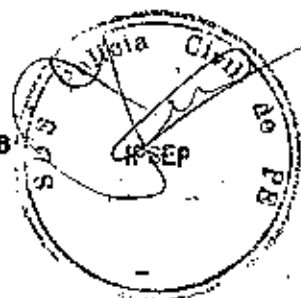
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA NA AV ARQUITETO NUNES COM SUA MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA, MODELO 250 CC, COR PRETA, PLACA PCH-5776, QUANDO SUBTAMENTE O AUTOR EM VEICULO DE PASSEIO ENTROU A ESQUERDA SEM COLOCAR O INDICATIVO DA SETA, CAUSANDO UMA COLISÃO E PROJETANDO A MOTOCICLETA DA VITIMA NO CHÃO. ONDE O MESMO FOI ATENDIDO PELO SAMUR E LEVADO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA.

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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **381051-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099001506

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **17:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARQUITETO LUIZ NUNES, 01** - Bairro: **IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**

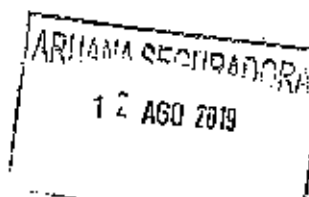
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA** Pai: **MANOEL LOURENÇO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA AMSTERDAM, 344, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE SEGUIA NA AV ARQUITETO NUNES COM SUA MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA, MODELO 250 CC, COR PRETA, PLACA PCH-5776, QUANDO SUBTAMENTE O AUTOR EM VEÍCULO DE PASSEIO ENTROU A ESQUERDA SEM COLOCAR O INDICATIVO DA SETA, CAUSANDO UMA COLISÃO E PROJETANDO A MOTOCICLETA DA VÍTIMA NO CHÃO. ONDE O MESMO FOI ATENDIDO PELO SAMUR E LEVADO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA.

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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
(VITIMA)

Josiel Lourenço da Silva



B.O. registrado por: **POLICARPO DA SILVA COSTA NETO** - Matrícula: **3848523**

Polcarpo da S. C. Neto

ARLIANA SECUNDINORA
12 AGO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

725.090.234-20

4 - Nome completo da vítima:

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo:

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

6 - CPF:

725.090.234-20

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA AMSTERDAM

9 - Número:

344

10 - Complemento:

CASA B

11 - Bairro:

IMBIRIBEIRA

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51180-190

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81 985558217

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: 3208

5

CONTA: 0089646

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autoriza 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 resíduo (pel nascer)?

☐ 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

Impressão
Sigilo da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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,

Recife, 12/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	052.06.2019
DATA	21.06.2019

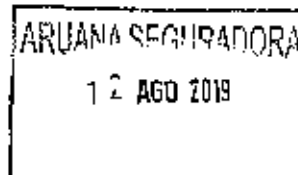
Atendendo ao requerimento da Sra. **MARIA DOS PRAZERES LOURENÇO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **2935697** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **433.485.134-72**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-636116**, que no dia 02 de junho de 2019, o paciente Sr. **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **10055859** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **725.090.234-20**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 19h41, na Avenida Engenheiro Alves de Souza, em frente a Farmácia Drogasil, bairro da Imbiribeira, Recife/PE, em seguida, direcionado a UPA Imbiribeira e, posteriormente, redirecionado ao Hospital Otávio de Freitas. Recife, 21 de junho de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife



SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-402
CNPJ 13.625.528/0001-90 | Insc. Est. 000.241-91 | www.celpe.com.br

КОНСТИТУЦИОНАЛНА СЛУЖБА

BUGSIFR010364-24

IMBIBITION OF WATER

RECEIVED

51130.720

CLASSIFICAÇÃO

BI RESULTING
POSITIONAL

33A07469	USCA	22002019
33A07470	USCA	22002019
33A07478	2001146115	5356907

7007062871 06/2019
DATE OF VOUCHER 01/07/2019
TOTAL 120.84

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL
Copimato Abutil-Vila	133,0000000	0,74 196378	98,4
A. R. C. H. S. G. J. d. e. M. A. R. E. L. A.			0,40
Controle Ilum. Pública Municipal			18,15
ICMS Subvenção-ODE-NF 159488806-24/05/19			0,83
Multa por atraso-NF 083375886-24/05/19			1,60
Juros por atraso-NF 083375886-24/05/19			0,13
Adiantam.to ICPLA-NF 154366888-24/05/19			0,15
Compensação UNAC, 04/18			-1

NOTES

IPED MONITOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	IPED CONSTANTE	AJUSTE	CONDIÇÃO (OK/N)
06/11/20	LPB	23/05/2018	18.273,91	29/06/2019	18.507,10	8	1,50000	OK

Ano	Receita (milhões de reais)
1994	~100
1995	~150
1996	~200
1997	~250
1998	~300
1999	~350

157C Adl'6 BE33 0197 49; 15 4725 5075 7801

www.pearsoned.com

Pequeno grupo de pessoas participando de uma reunião em um ambiente moderno e tecnológico.

ARIANA CEDIGANOVA

12 AGO 2019

	OCCUPANTS	BUILDING APPROXIMATE AGE (YEARS)	LIFETIME POPULATION	LIFETIME TELEPHONE	LIFETIME MARRIAGES
total		296	475	867	1434
white		160	231	532	824
black		136	244	335	610

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406



Secretaria de Saúde do Recife

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

(50 Anos)
0264

Região: 7852 Hora: 11:47 Recepcionista: Selene
 Unidade de Saúde: 169 Distrito Sanitário: II Data: 03/06/19

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: José Laurence da Silva
 Data de Nascimento: 15/05/69 Sexo: M - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado
 Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☒ 2-Preta ☐ 3-Parda ☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena
 Estado Civil: Casado Escolaridade: 8ª série Profissão:
 Mãe: Maria da Conceição Silva
 Endereço: Rua Custódia, 394 Complemento: CEP:
 Bairro: Imbuicanga Município: Recife UF: PE
 Acidente: Maria dos Prazeres (Esposa)
 Meio de Transporte: F-98581-6967

TRAUMA OMM bmo

Leveza atualizada: Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? Ignorado ()
 Causa de queda: Queda de altura () Sim () Não () Ignorado ()
 Meio: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? Ignorado ()
 Hora / Momento do trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? Ignorado ()
 Local de trabalho: Órgão: Endereço:

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Inferência: Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()
 Outra: Qual? Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual? Ignorado ()
 Meio: Arma () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

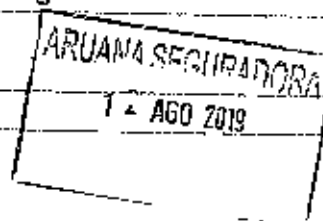
No: Pólio () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? Ignorado ()

Observação:

Exame Físico:

A. Geral: Peso: Estatura: Temp: °C

Ex. Respiratório



Date: _____

Location: _____

Mr. Lora @

Page: _____

Time: _____

Rx of m-d A7P40

M-J

Dip, 100% → 2-1
+
A32 → 3-1
- Profound - 100% (3-1)

First check 60 +

First 2000

2000

De: UPA IMBIRIBEIRA <contato.upaimb@ipassaude.org>
Enviado em: quarta-feira, 19 de junho de 2019 11:09
Para: secretaria.upaimb@ipassaude.org; coordtecnica.upaimb@ipassaude.org
Assunto: SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

Sinalizador de acompanhamento:

Acompanhar

Status do sinalizador:

Sinalizada

De: Josiel Lourenço da Silva
Motivo da Solicitação: Entrada no dpvat
Data do atendimento: 02/06/2019
RG: 10055859
Telefone: 81 985558217
Data de nascimento: 15/05/1969
Nome da Mãe: Maria da Conceição silva
Protocolo: teste

Este email foi enviado via formulário de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO em UPA IMBIRIBEIRA

ARIANA REGINADORA
12 AGO 2019

Queixa Principal / História

PACIENTE TRAZIDA POR SAMU EM PRANCHA RÍGIDA E IMOBILIZAÇÃO CERVICAL APOS POR MOTO, QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO E E BACIA. NEGA TCE NAUSEAS VÔMITOS OU CERVICALGIA. ECG 15;

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O₂
20

IPAS
Instituto Pernambucano de Assistência Social e Saúde
Unidade de Pronto Atendimento
Dr. Marcello Silveira
Médico Especialista em Medicina Geral

ARUANA SEGURADORA
12 AGO 2019

Prescrição.: 1739728 Data: 02/06/2019 20:32
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 560233 - JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) Int
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Cidb.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	CETOPROFENO IM SOL.INJ. 100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[02/06] 20:32
	-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
	S/ AGULHA						
	-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
2	DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[02/06] 20:32
	-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
	S/ AGULHA						
	-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MARCELLOJCS
Dr. Marcello Silva
Médico Responsável

ARIANA SECUNDARIA
12 AGO 2019

Prescrição.: 1739729 Data: 02/06/2019 20:33
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 560233 - JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) int
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: M798 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P. / PERFIL / AXIAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33
3 RX BACIA A.P. / PATA DE GÁZAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33
4 RX JOELHO ESQUERDO A.P. / LATERAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33

UPA IMBIRIBEIRA
U.P. IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MEDICINA ELETRÔNICA
Dr. Marcello Stucchi
Coordenador de Informática

ARIANA RODRIGUES
12 AGO 2019

Prescrição.: 1739727 Data: 02/06/2019 20:32
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 560233 - JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) Int
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TRANSFERENCIA	1					02/06/2019 20:32

JORGEFAS
UPA IMBIRIBEIRA
RA FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
MÉDICO(A) ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Dr. Marcello JCS
Coordenador de Clínica - UPA Imbiribeira

ARUANA SEGURADORA
12 AGO 2019

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Data de Nascimento: 15/05/1969 Data Atendimento: 02/06/2019
Prontuário: 0000560233 Cód. Atendimento: 01238224
Nome do Hospital: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
Senha: 5697493
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE TRAZIDA POR SAMU EM PRANCHA RIGIDA E IMOBILIZAÇÃO CERVICAL APÓS POR MOTO, QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO E E BACIA, NEGA TCE NAUSEAS VOMITOS OU CERVICALGIA. ECG 15;
RAIO X: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Recife, 02 de Junho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

IPAS
C. IMBIRIBEIRA
RA. IF. A. V. A. C. D. S. T. A. R. A. D. O. P. R. O. M. A. R. C.
M. C. O. L. E. T. I. O. N. A. L.
Dr. Marcello Silva
Coordenador de Saúde da Família - UPA 24h

ARUANA REGIADORA
12 AGO 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.055.859 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2018

NOME << JOSIEL LOURENÇO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MANOEL LOURENÇO DA SILVA >>
<< MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA >>

NATURALIDADE BARREIROS - PE DATA DE NASCIMENTO 15/05/1969

DOC. ORIGEM << CC.1152 L.BAUX5 F.52 CART.SANTO ANTONIO, RECIFE-PE 06.07.2007 >>

CNPJ 725.090.234-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

1519583680701163104.04-996 F-84 36.827 -4333

ARITMIA OCULOPARADA
12 AGO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

EC-9

IDENTIFICAÇÃO

Foto

Assinatura

CARTERA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA			
DETRAN - PE		Nº 015101062565	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COR-RENAVAL	DATA	EXERCÍCIO
1	1091672-08	2018	2019
NOME			
JOSIEL LOURENÇO DA SILVA			
RECEBE			
CNPJ		PLACA	
725.690.284-20		PCH5776	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
*****		990622505011111	
ESPECÍFICO		COMBUSTÍVEL	
EAS / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA / FAZER YS250		2013	2013
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
28 / 249CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
1 IPVA 2019 QUITADO		1 *****	
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		2 *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
00-11-13-10	00	34.846,58	03/07/19
OBSERVAÇÕES			
EID YAMAHA ADM CONS. LTDA			
RECEBE			
DATA		DATA	
12/07/19		12/07/19	
ASSINATURA			
ALEXANDRE			

ARIANA SECUNDARIA
12 AGO 2019

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Sosiel Lourenço da Silva
DATA DO ACIDENTE 02/06/2019 CPF DA VÍTIMA 725.090.234-20
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 2ª VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Amsterdam
Nº 344 COMPLEMENTO B BAIRRO Imbiribeira
CIDADE Recife UF PE CEP 53390-220
E-MAIL _____ TELEFONE (21) 98555-8277

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 30/08/2019
IDENTIDADE 30-055-859
ASSINATURA Sosiel Lourenço da Silva

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURO DPA

DATA 12 AGO 2019
NOME Natália F. Silva
ASSINATURA Natália F. Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275562/19

Vítima: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

CPF: 725.090.234-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSIEL LOURENCO DA SILVA : 725.090.234-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019
Nome: JOSIEL LOURENCO DA SILVA
CPF: 725.090.234-20

JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA