

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2908867020201116170652

Processo 0827326-55.2020.8.23.0010 ☆ - (23 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 9	16/11/2020 17:06:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2764214CONTESTACAO01.pdf Público 9.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2764214CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
8	11/11/2020 00:00:07	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES) em 10/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (29/10/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	31/10/2020 11:11:11	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (29/10/2020)	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária
[+] 6	29/10/2020 14:44:46	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
5	23/10/2020 17:09:28	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	23/10/2020 17:09:28	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	23/10/2020 17:09:28	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	23/10/2020 17:09:28	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	23/10/2020 17:09:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado



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, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200042291

Vítima: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

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 15422291



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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200042291

Vítima: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 15/09/2019, emitido pelo Dr. RODRIGO F. RIBEIRO CRM nº 1375 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15479169

Pag. 00889/00890 - carta_31 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - A no do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

582.264.602-63

4 - Nome completo da vítima:

Inambergue da Silva Rodrigues

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

5 - Nome completo:

Inambergue da Silva Rodrigues

6 - CPF:

582.264.602-63

7 - Profissão:

Serviço público

8 - Endereço:

Rua Senhora Ciacho

9 - Número:

143

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aeroporto

12 - Cidade:

Rua Vista

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

69.310-053

15 - E-mail: lidarboa@vtr.net pendencia@hmail.com

16 - Tel (DDD):

(45) 99117-5892

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

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (101)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 14322

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 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 de minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou de 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 com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado (legalmente)

☐ Viúva

24 - Data da morte 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 (ou nascidos)?

☐ 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 às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, e que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data:

Rua Vista - RE 24 de Janeiro 2020

Inambergue da Silva Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041041/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/11/2019 12:17

Data/Hora Fim: 21/11/2019 12:33

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/09/2019 06:39

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA DECO FONTELES

Bairro: Caranã

Nº: 585

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Altamira

Sexo: Masculino

Nasc: 11/10/1977

Profissão: Técnico em Enfermagem

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: BENEDITA MACIEL DA SILVA

Nome do Pai: JOSE RODRIGUES

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 582.264.602-63

RG - Carteira de Identidade: 149298

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R SENHORA CECILIA

Complemento: CASA

Bairro: AEROPORTO

Nº: 145

CEP: 69.310-053

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 582.264.602-63

Renavam 01070390752

Número do Chassi 9C2KC2200GR105898

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 07/03/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NUK4508

Número do Motor KC22E0G105898

Ano/Modelo Fabricação 2016/2015

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

Envolvimentos

Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 25/11/2019 10:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPs - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041041/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DESCRITO ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, PELA RUA DECO FONTELES SENTIDO > AV. CARLOS PEREIRA DE MELO, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE INVADIU A SUA MÃO, BATEU EM UM BURACO NA PISTA, PERDEU O CONTROLE E CAIU. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL PELO SAMU, QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A TÍBIA DA PERNA DIREITA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT, É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000188
Responsável pelo Atendimento

IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES
(Vítima / Comunicante)

*Cadastrado para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação Caluniosa e 340-Denunciação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - A no do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 582.264.602-63 4 - Nome completo da vítima: Inambergue da Silva Rodrigues

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

5 - Nome completo: Inambergue da Silva Rodrigues 6 - CPF: 582.264.602-63
7 - Profissão: Sereno público 8 - Endereço: Rua Senhora Ciacho 9 - Número: 143 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Aeroporto 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.310-053
15 - E-mail: lidarboa@vtr.net.br pendencia@hmail.com 16 - Tel (DDD): (45) 99117-5892

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INEPAZ 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR, CURADOR)

☒ CONTA POUQUANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (101) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0053 CONTA: 14322 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 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 de minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de 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 com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar 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 ☐ Viúva 24 - Data da morte 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(s) (vivo(s) nascido(s)): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, e que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação da rescisão e o ressarcimento do valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 24 de Janeiro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



23/01/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 1020749



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	12/2019	25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
522	13-JAN-20	R\$ 460,58

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1020749	12/2019	R\$ 460,58

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 621 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPM?TIPO=1&CODIGO=28836>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse 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 COAF.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Lorica Dantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 772.657.152, 00

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Grambogue da Silva Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 582.264.602, 63

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Grambogue da Silva Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 582.264.602, 63

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 da 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: Ax General Cidade-triue

Número: 2428

Complemento: 02

Cidade: Brejo Santo

Cidade: Brejo Santo

Estado: PE

CEP: 69.309.000

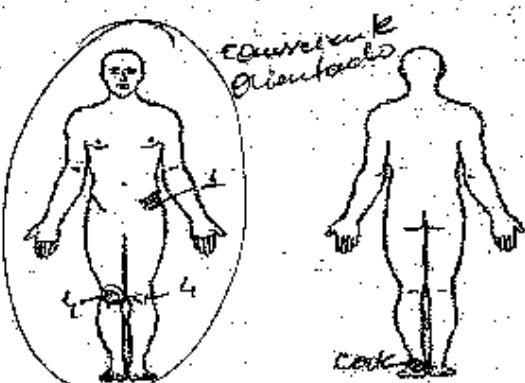
E-mail: luderboavista.pendencia@shf-mail.com

Tel (DDD): (95) 99117-5392

Local e Data: Brejo Santo - PE 10 de Janeiro 2020

Denilze Lorica Dantas

Assinatura do Declarante

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1373		SAMU 192											
EQUIPE SAMU BV		EQUIPE: <u>Sec. Saemai</u>		cond: <u>Lucival</u>													
Paciente: <u>IRAMBERQUE DA SILVA RODRIGUES</u>		Idade: <u>42</u>		Sexo: <u>M</u>													
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>		Raça: <u>Branca</u> ☒ <u>Negra</u> ☒ <u>Parda</u> ☒ <u>Amarela</u> ☐ <u>Indígena-Etnia</u> ☐															
Endereço: <u>Rua Devo Fonteles</u>		Bairro: <u>Caranai</u>															
Nº <u>15825</u>		DATA <u>15/09/2019</u>		HORA J19: <u>06:39</u>		BASE () VIA ☒ <u>RÁDIO</u>											
Médico (a) Regulador (a): <u>Drº Luiz</u>		HORA J10: <u>06:47</u>				() CELULAR											
MOTIVO: <u>Queda de moto</u>																	
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()																	
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA																	
☒ Acidente de trânsito		☐ Urgência psiquiátrica		☐ Queimadura		☐ Urgência obstétrica											
☐ Agressão física / espancamento		☐ Tentativa de suicídio		☐ Choque elétrico		☐ Transferência											
☐ Agressão física - FAF		☐ Envenenamento		☒ Queda		☐ Exame complementar											
☐ Agressão física - FAB		☐ Afogamento		☐ Urgência clínica		☐ Outros											
ACIDENTE DE TRÂNSITO																	
VITIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITEMS DE SEGURANÇA											
☒ Pedestre		☐ A pé		☐ Automóvel		☒ Capacete <u>sem</u>											
☒ Condutor		☐ Automóvel		☐ Motocicleta		☐ Cinto de segurança											
☐ Passageiro		☒ Motocicleta		☐ Ônibus		☐ Airbag											
☐ Ignorado		☐ Bicicleta		☐ Micro-ônibus		☐ Assento para criança											
AValiação INICIAL																	
VIAS AEREA		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAl. NEUROLÓGICA											
☒ Livre		☐ Apnéia		☐ Bradicardia		☐ Mioses											
☐ Obstrução Parcial		☐ Dispneia		☒ Taquicardia		☐ Midríase											
☐ Obstrução Total		☐ Bradipnéia		☐ Enchimento capilar acima de 2"		☐ Anisocoria											
☐ Corpo estranho		☐ Taquipnéia		☐ Pulso radial ausente		☐ [] D [] E											
☐ Outros				☐ Pulso central ausente		☒ Aparelhos Alcoolizados											
				☐ Cianose central		☐ Agitação psicomotora											
				☒ Extremidade													
AVAliação VITAL E FÍSICA																	
Hora		P.A mmHg		F.C Bpm		F.R Mpm		Sat O ₂ %		T. Axilar °C		Glicemia		Esc. visual "DOR"		Glasgow	
Início <u>7:00</u>		<u>120 X 80</u>		<u>103</u>				<u>93</u>				<u>242</u>				<u>15</u>	
Fim <u>07:4</u>				<u>102</u>				<u>97</u>									
AVAliação SECUNDÁRIA																	
LESÃO IDENTIFICADA								ABERTURA OCULAR									
1 - Dor								4 - Espontânea									
2 - Hematoma								3 - Ao comando									
3 - Contusão								2 - A dor									
4 - Escotização								1 - Sem resposta									
5 - Laceração								RESPOSTA VERBAL									
6 - Luxação								5 - Orientado									
7 - Fratura fechada								4 - Confuso									
8 - Fratura exposta								3 - Palavras Inapropriadas									
9 - Amputação								2 - Palavras Incompreensíveis									
10 - Evisceração								1 - Sem resposta									
11 - Afundamento de crânio								RESPOSTA MOTORA									
12 - Ferimento penetrante								6 - Obedece a comandos									
13 - Tórax instável								5 - Localiza a dor									
14 - Enfleatua subcutâneo								4 - Movimento da retirada									
15 - Ferida aspirativa								3 - Flexão anormal									
16 - Empalamento								2 - Extensão anormal									
17 - Outros								1 - Sem resposta									
APARELHO CARDÍACO		APARELHO RESPIRATÓRIO		APARELHO GASTROINTESTINAL		APARELHO RENAL		APARELHO ENDÓCRINO									
☒ Ritmo Sinusal		☐ FV		☐ Neurogênica		☐ Metabólica		☐ Diabetes									
☐ Taquicardia Sinusal		☐ TV		☐ Respiratória		☐ Intoxicosa		☐ Cardiopatia									
☐ Bloqueio Atrial		☐ AESP		☐ Cardiovascular		☐ Medicção de uso		☐ HAS									
								☒ Alergia									
								☐ Outros									

TERMO DE RECUSA	Função do Receptor:	dentro do patio de porto de saúde coronel Estanislau	
	Assinatura do Receptor:	nelha, o capotele + chare ficou dentro da base	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.		
	Assinatura do Paciente:	RG:	
	TESTEMUNHA 01:	RG:	
	TESTEMUNHA 02:	RG:	

GESTANTE							
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes		☐ Partes fetais na vulva				
Partes de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.		☐ Com cartão da gestante				
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s		☐ Sem cartão da gestante				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☒ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cálculo de Guegel	☐ Gula de introdução Bougie	☐ Colar cervical	☐ Curativos				
☐ Cateter nasal: ___ L/min	☐ Cricotiroidotomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: ___ L/min	☒ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência				
☐ Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	☐ Direção do tórax	☐ Tirasas	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:				
☒ Acesso venoso Gelco n° 18	☐ Acesso venoso Scalp n°	☐ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FARMACO	DOSE	VIA	HORA
RL	500	BY	06:30				
Equipo 1	01						
Espanadorço							
Algodão							

Luiz S. M. 01
Luiz de Vilh. M. 01
Máscaras de 02

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Às 06:39 a equipe foi acionada para atender uma ocorrência de acidente traumático. (Queda de moto) no local encontramos a vítima em decúbito dorsal ao solo, os cuidados do socorrista condutor vitalens + populares, consciente, orientado, aparentemente estabilizado, feito mobilização da cervical, sinais vitais com alterações na glicemia 942, comunicado ao médico regulador do quadro clínico da vítima, o mesmo tomou conhecimento e autorizou realizar punção periférica com hidratação e RL. Sólido e encaminhado para trauma/HOK.

Tecnicista da Silveira
Técnicas em Emergência
CONSUMO 00037812

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL
Em 14/11/20
<u>Tabanez</u> Rubrica

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Rotacificação		Rotacificação		Rotacificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Vermelho		Vermelho		Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - FAAR / PSFE		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde	
		Azul		Azul		Azul	
1901161997	15/09/2019 08:05:11	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES		11/10/1977		41 A 11 M 4 D			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
IDENTIDADE		149298		SSP/PA			
Mão		Sexo		Estado Civil		Raca/Cor	
BENEDITA MACIEL DA SILVA		M				PARDA	
Endereço		Pai		Contato		Nacionalidade	
RUA SENHORA CECILIA - 145 - -		JOSE RODRIGUES		(95) 99113-1597		BRASILEIRA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Temp.	
GRANDE TRAUMA		TRANSPORTADO POR TER				Passo	
Queixa Principal		Registrado por:		DAL		Pressão	
Acidente de moto							
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL		14	
		AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)							
Paciente vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU, estabilizado, refusing curatela, dor em coto e em tórax às 7h30.							
Exame Físico							
A: visões aéreas, pênulas, supracostais, com color cervical. B: m.v.a. bilobulada. C: m.p. (L3/4), sem sinais de choque, com AVD em m.s.e. D: ECG: 14 x estabilizado. E: esvaziamento em m. e em região de colônias, cervical e palpatores.							
Hipótese Diagnóstica		Trauma.		Refere alergia à dipirona e nimisulida.			
SADT - Exames Complementares		RAIO-X		ULTRA-SOM		GATO	
						SANGUE	
						URINA	
						ECG	
						OUTROS:	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
1) Solicito raio x de tórax, coluna cervical e coto							
2) Descometozona 10mg @ 12h							
3) Solicito TC de coluna cervical							
4) Realizada sutura em colônias e coto							
5) Vaino antitétorico 0,5ml i.m.							
Condição		Alta por Decisão Médica		Alta a Pedido		Alta a Revelia	
		Transferência para: Politécnica		Ambulatório		Observação (Até 24h)	
				Internação		Data e Hora da Saída/Alta	
Óbito		Antes do 1º Atendimento?		Sim		Não	
		Destino:		Família		IML Anatomia Patológica	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico					

Paciente portadora de hipertensão
arterial. A partir
do diagnóstico de hipertensão por
em M.D. Sem sintomas
na M.D.

no momento sem sintomas
de hipertensão de urgência e ou
emergência.

Retornar ao tratamento

Dr. Marcos Brenner
CRM 13.1917

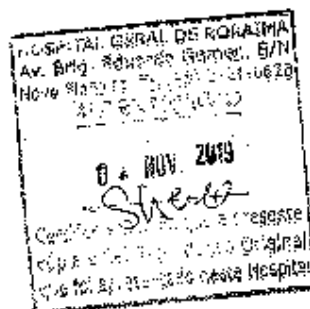
C. Geral trans

Pet apresentando agitação no setor, desfecho
palavra de baixo calor, discutido a partir que
estou no setor. Pet apresenta sinais de estresse agudo.

Orientado a respeito do setor e que todas as
condutas sejam feitas e este atendimento realizado p/ todos.

Informado também que pode ir e vir, não sendo
necessário permanecer no local, mas a recomendação
médica é para que o mesmo permaneça no
setor sob supervisão médica.

Dr. Rodrigo E. Ribeiro
Cirurgia Geral
CRM 13.175



SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Paciente	IRZAMBERQUE DA SILVA RODRIGUES	Registro	013372
Médico		Idade	41A e 11M
Convênio	PARTICULAR	Data	07/10/2019

ULTRASSOM - DIVERSOS

EQUIPAMENTO :

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico linear, na frequência de 8,50 Mhz por rastreamento ecográfico.

ULTRASSOGRAFIA DE PARTES MOLES

Visualiza-se imagem de anecóica, alongada de bordas regular, medindo aproximadamente 5,1 x 0,6 x 3,6 cm de diâmetro, com conteúdo hiperecótico (imagem de coleção purulenta focal). (Abscesso Post-traumático). Localizado na região inferior de joelho direito.

H D : Imagem sugestiva de Abscesso Pos Traumático no Joelho Direito.

Dr. Jorge Luis Viltre Estevez
CRM 136.118

JORGE LUIS VILTRE ESTEVEZ
CRM 136.118

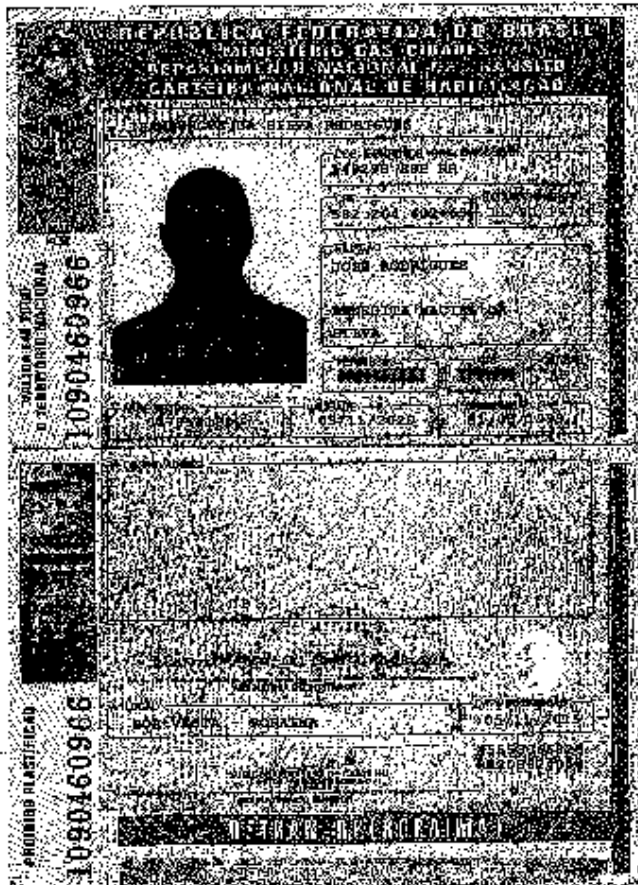
IRENE

IRAMBERQUE DA SILVA ROCHA JUNIOR

21/11/2020 14:53:20

POUCLINICA COSME E SILVA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME DENILZE CORREA DANTAS		
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR 3142653 SSP RR	
	CPF 792.659.152-00	DATA NASCIMENTO 08/03/1979
	FILIAÇÃO JOSE DE SOUZA CORREA EVANGELINA LORATO DA SILVA	
	PERMISSÃO 2000000000	ACE 2000000000
Nº REGISTRO 11/05/2010		VALIDADE 31/05/2010
OBSERVAÇÕES		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSÃO 11/09/2019
 IGO KOWEB BRASILE DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR ASSINATURA DO EMISSOR		03912250616 RR210269685
RORAIMA		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1919590155



PROIBIDO PLASTIFICAR
1919590155



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: P386Q A5YYH GB8R4 JDBWD



Seguradora
LÍDER
Administradora de Seguros DPVAX

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200042291	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES	Data do acidente: 15/09/2019	Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Grambergue da Silva Rodrigues
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: serv. público RG: 149.298 CPF: 582.264.602-63
ENDEREÇO: Rua Senhora Cecília 145 Aeroporto

VITIMA: Grambergue da Silva Rodrigues
CPF: 582.264.602-63 DATA DO ACIDENTE: 15/09/19
NATUREZA: () DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 26 de NOVEMBRO de 2019

X Grambergue da Silva Rodrigues
Assinatura

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035640/20

Vítima: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

CPF: 582.264.602-63

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 15/09/2019

Titular do CPF: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES : 582.264.602-63

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: 24/01/2020
Nome: IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES
CPF: 582.264.602-63

IRAMBERGUE DA SILVA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

