

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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655161

Vítima: THAYS TORRES DE LIMA

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: UIARA JOOYCE DE OLIVEIRA VIANA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THAYS TORRES DE LIMA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655161

Vítima: THAYS TORRES DE LIMA

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: UIARA JOOYCE DE OLIVEIRA VIANA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THAYS TORRES DE LIMA

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

Recebedor: THAYS TORRES DE LIMA

Valor: R\$ 473,76

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 000000017726-0

Tipo: CONTA POUPANÇA



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DESPESAS DE MANUTENÇÃO MÉDICA E SUPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: <input type="text" value="Thays Torres de Lima"/>	6 - CPF: <input type="text" value="085 712.864-77"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="Costureira"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="l. Jornal Antônio Reginaldo"/>	9 - Número: <input type="text" value="510"/>	10 - Complemento: <input type="text" value="aptº 203"/>
11 - Bairro: <input type="text" value="Bessa"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="J. Pessoa"/>	13 - Estado: <input type="text" value="PB"/>	14 - CEP: <input type="text" value="58035-130"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="mariarayongy@yahoo.com.br"/>		16 - Tel.(DDD): <input type="text" value="9 3166-9378"/>	

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:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <input type="text" value="3487"/> CONTA: <input type="text" value="000 177-26"/> (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

<input type="checkbox"/> 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(a) <input type="checkbox"/> Neta(neto) <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Navegante <input type="checkbox"/> Outro: _____	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (almacenado)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07400.01.2019.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 07400.01.2019.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:32 horas do dia 31 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12^o Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Maristela Lyra do Nascimento, Agente de Investigação, matrícula 1356178, ao final assinado, compareceu **Thays Torres de Lima**, CPF nº 085.712.864-77, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Contadora, filho(a) de Mariluce Guimaraes Torres de Lima e Enivaldo Bezerra de Lima, nascido(a) em 05/04/1990 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Irmão Antônio Reginaldo, Nº 510, complemento APTº 203, EDF. PRAIA NORTE-II, , bairro Bessa, tendo como ponto de referência Praça do Caju, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98871-8724.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Br-230, De Frente a Passarela do Iesp, De Frente a Passarela do Iesp, Cabedelo/PB, bairro Parque Verde; Tipo do Local: estabelecimento educacional (escolas, universidades, cursos); Data/Hora: 29/08/19 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que na data e hora citada e descrita acima, a noticiante estava no transporte coletivo da Empresa Reunidas, Linha 5600, sentido de Mangabeira ao Shopping de Manaira de nº 0887, de condutor não identificado que estava dirigindo quando o eixo do Ônibus arremeteu, pulando, fazendo com que a noticiante fosse jogada e que foi levada por alguns lesões pelo corpo e torsão do pé esquerdo. Que a noticiante estava ferida e alguns passageiros socorreu a vítima e chamou o Samu onde a mesma foi encaminhada ao Ortopracta de Mangabeira, sem documentos pessoais e sem acompanhamento quando na verdade o motorista do ônibus era para socorrer a vítima. Que no Hospital, não foi medicada e sim receitada com o pé imobilizado. Que a sua irmã Laurilucy Thamys Torres de Lima levou a vítima para a sua residência, juntamente com o Atestado médico de quinze dias e ficará afastada de seus serviços da empresa Nossa Loja Veículos e que até o momento a empresa não prestou nenhuma assistência.

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

João Pessoa/PB, 31 de agosto de 2019.



Thays Torres de Lima
THAYS TORRES DE LIMA
Noticiante

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 473,76

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THAYS TORRES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 00000017726-0

Nr. da Autenticação 063C991A6DF6A038

NÚMERO DE RESS: 1210720/Nov/2019 000000917

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
ENDEREÇO
MATRÍCULA
68924429
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUN/2019

JOAO VICENTE S ADARIO
RUA IRMAO ANTONIO REGINALDO, 510 - APTO 203 -
BESSA JOAO PESSOA PB 58035-130

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Bascula	Central	Unidão	Outros	
001.046.060.0119.203	203	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y05X271495	09/06/2007	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NÚM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
 9 9 1 29 04/07/2019

HIST. CONS./ANOR. LEITT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
 MAI/2019 1 30 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
 ABR/2019 3 30 TURBIDEZ 268 284 282
 MAR/2019 2 30 CLORO 268 284 284
 FEV/2019 1 30 COL. TERMOT. 0 0 0
 JAN/2019 1 30 COR 73 182 181
 DEZ/2018 4 30 COL. TOTAIS 268 284 284
 MÉDIA(M) 1 DADOS REFERENTES A: ABR/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 05/06/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 07:48:51

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AQUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMOS(S) MES(ES) ANT. 03/2019		0,77
JUROS DE MORA 03/2019		0,28
FATURAS EM ATRASO		
REF 201904 40,58		
REF 201905 37,91		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51-PIS E CONFINS.LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 18/06/2019 Total a Pagar: R\$ 38,96



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 30/04/2019, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DÉBITO 0. COMPAREÇA OS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
68924429	JUN/2019	18/06/2019	R\$ 38,96

82690000000 9 38960010001 7 06892442901 9 06201950003 2



UNIVERSA JOCOPICHE DELL'INTERNA VISIONE
REJA PRESS DELFINA MORFIMA, 380 - I-00137 - ROMA
JOÃO PESSOA / PB CEP 58006-000-JA 11



Atendimento ao Cliente DINFOLIA 0800 083 0196 | Acesse www.dinfolia.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da	CPRF / CNPIS / RANE
Out / 2019	09/10/2019	07/11/2019	046-490-084-09 <small>ISSN 1678-992X</small>

LAC (Faculdade Oficial de Arquitetura)

241347231-1

Canal de contato
Conheça o Energy One! Nossa aplicação para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Saiba o seu agorá e informe falta de luz, comente se haverá desligamento programado, faça sua reclamação, solicite informações ou tracete paquetes! Tudo no palmo da mão, sem hora é seu bichinho!

Anterior	Período	Atual	Período	Constante	Consumo	Dias
09/09/19	33971	09/10/19	33919	1	548	30
CONSUMO						
Consumo médio (kWh)						
2801	Consumo em kWh	546.050	5.798510	437,58	437,58	27
2801	Adic. S. Vermelha		23,42	23,42	27	0,06
2801	Adic. S. Amarela		3,67	3,67	27	0,00
LANCAMENTOS E SERVIÇOS						
5807	CONTROLE SERV. ILUM. PUBL. CA		23,14	0,00	0	0,00
0034	JUR.25 DE MARA 08/2019		1,13	0,00	0	0,00
0009	MULTA 08/2019		8,53	0,00	0	0,00
0001	REST. BAND. ANHAR RESIDENCIAL 08/2019		-0,54	0,00	0	0,00

COT: Código de Clasificación Tributaria - TOTAL 986.92 463.82 125.17 463.82 3.86 17.29
Tasa al Tributar 0.54463

16/11/2019 RS 495,89

429	441	453	510	467	527	589	617	570	519	478	481
Qtr18	H1Y18	Qtr18	Jan19	Fev19	Mar19	Abri19	Maio19	Jun19	Juli19	Ago19	Sep19

RESERVADO AO FISCO

Indicadores de Qualidade				Comunicação de Crise/Incidente		
	Unidades de medida	Aprendido	Límite de Trabalho (M)	Descrição	Valor (R\$)	%
IC MENSAL	0,67	R\$0,00	NORMAL	Serviços de Dist. da Empresa/PF	121,00	24,38
IC TRIMESTRAL	0,67	R\$0,00	NORMAL	Correia de Energia	156,42	31,11
IC ANUAL	0,67	R\$0,00	CONTINUAÇÃO	Centro de Comunicação	17,00	3,82
IC CUSTODIAL	0,17	R\$0,00	CONTINUAÇÃO	Encargos Saldados	18,71	3,90
IC TRIMESTRAL	0,25	R\$0,00	LIMITANTE SUPERIOR	Investigação Direta e Encargos	176,76	36,21
IC ANUAL	0,71	R\$0,00	LIMITANTE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
IC R	12,22	R\$0,00		Total	R\$64,42	100,00

BANCO DO BRASIL | FAÇA SUA PESQUISA NO SITE DO BANCO DO BRASIL

00190 00009 03150 244000 00934 881177 9 807500000049589

PAGADOR USARIA JOVOCIE DE OLIVEIRA VIANA - CRIVON/PR 246-486-884-06
RUA PRES DELL'ALMADA MOURA, 388 / APT 201 - 85055-000 - JOAO PESSOA / PB CEP: 58020-200

Nº Pedido	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000924881	00134723126.1910	19/11/2019	R\$ 495,89	

BENEFICARIO: ENERGESA PARAGUA - DISTRIBUIDOR

Drogasil

Printed: Friday 15/8

Re: *Entomophaga* Vol. 39(4) - 1994 - ISSN 0013-8738 - P.

11

Tableau 10.1 1087-1088

1987-10-25 電子版由網易公司提供

1

**ISSUE M-1 - Documento digital
do Nota Fiscal de Contabilidade Eletrônica
que permite aproveitamento de crédito de PIS/Cofins**

新北市立新店國民中學 地理科研究會

41	40300	BIEBELI HAMBURG 10/11 1.30	11,25 F	31,20
	De 31/12 pao 75,00 desconto de			-8,15
	União	Liquidação		29,04
42	40300	BIEBELI HAMBURG 10/11 1.30	11,25 F	31,20
	De 31/12 pao 75,00 desconto de			-8,15
	União	Liquidação		29,04

STD. TOTAL DE ITENS	2
STD. TOTAL DEVOLUTO R\$	11,35
DESP. TOTAL R\$	50,00
DESP. DE PAGAMENTO	MILION PESOS
DESP. DE DESPESAS	26,00

Fish Game §§ 7.51 Federal v 9-67 Estoppel
Fonseca, DPP
1974

TRIP
VISA CREDIT
4524-*****4194
To VISA-CREDIT 000-377667
000-000050 09/09/19 10:41 AM -1
SEND A REBILG
PROMTLY 100% OF \$2,790.00
SRI-001 50.00

卷之三

BET = 0.0 0000645946 5e-10 1002
Lanczos 0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.0

www.oriental-arts.com

CHINE DE MESSIE
1515 09-1 585n 1967 1991

6540-2040-9629-4616-0940-7737

卷之三

Consulta via lettera da un'azienda



Drogas i 1

Page 18 of 18

Re PETITIONER AND PETITIONER - 404 - 01550 - JOHN PESKAR - P
B

Telephone 1833-3020-1959

(1991-01-09) 465/0210-91 - 1 8 - 163142963

UNIT-NET - Documento Bucurilor
de Bilete Fiscale de Cumpărături Electronice
Bilete care permit achiziționarea de cumpărături de la 1000

行 | 球 | 民 | 媒 | 互 | 联 | 网 | 互 | 联 | 网 | 互 | 联 | 网 | 互 | 联 | 网

Die 400000 Einwohner haben 10% 1,60 und 32,23 F 30,23
Der 17,23 war 30,14 Prozent da -1,64
Unter Einschluß 30,19

QTD. TOTAL DE ITENS	1
VALOR TOTAL DO VENDA (R\$)	7,04
VALOR TOTAL (R\$)	30,19
FRETE (R\$) - FRETE GRÁTIS	0,00
VALOR TOTAL (R\$)	30,19

此卷由中華書局影印於一九八〇年

Final

1

37000

Page 10

50678-111118
18-911-111811 001-284259
001-110071 11/09/19 11-54 001-0
001-111118

1977 年 1 月 1 日起施行

• 15.09.09 • 1

Pig Encounters

Quinto - **Reis** - **Lince** - **de** **romance** - **in**

www.EasyEngineering.net

卷之三

1990-1991 学年 第一学期

• 第二章 計算機、網絡、資訊與個人化

Consulte más Detalles en [AQUÍ](#)



Prácticas de Fotoperiodo - 2019-2020 (1/2)

2023/2019-11-54-10

RAIMUNDO VASCONCELOS JORDAO
MONGERIL HESEN 12/620 Nov/2019 000010916
109.725.364-34
AV GETULIO VARGAS CENTRO
J.PESSOA PB
58013-240 Fone: 3015-2029 Fax: 3222-5148

RECIBO

Nº 50658

R\$ 200,00

Recebemos do(a) Sr(a). THAYS TORRES DE LIMA, C.P.F. nr. 085.712.864-77, a importância de R\$ 200,00, (Duzentos Reais.), referente a(s) despesa(s) decorrente do atendimento do paciente: THAYS TORRES DE LIMA nascido em 05/04/1990 Prontuário Nº 360487, neste estabelecimento correspondente aos serviços abaixo:

Código	Produto/Serviço	Quant.	Vlr. à pagar
00000004	CONSULTA MEDICA ELETIVA	01	200,00

Atendido pelo médico: RAIMUNDO VASCONCELOS JORDAO, CRM1456, pelo qual dou plena e total quitação.

J.PESSOA, 31/08/2019

C/ Conhecimento do paciente


Carimbo e Assinatura

Endereço: IRMAO ANTONIO REGINALDO 510 - BESSA - JOAO PESSOA - PB - 58035130 - Fone: 9 8871-8724

Dr. Raimundo Vasconcelos Jordao
CRM 1456
CLINOR LTDA João Pessoa PB

**CLINOR-Centro de Ortopedia Traumat. e Reabilitação Ltda**

08323040/0001-86

AV GETULIO VARGAS
J.PESSOA
58013-240 Fone: 3015-2029CENTRO
PB
Fax: 3222-5148

Nº 50658

RECIBO**R\$ 120,00**

Recebemos do(a) Sr(a). THAYS TORRES DE LIMA, C.P.F. nr. 085.712.864-77, a importância de R\$ 120,00, (Cento e Vinte Reais.), referente a(s) despesa(s) decorrente do atendimento do paciente: THAYS TORRES DE LIMA nascido em 05/04/1990 Prontuário Nº 360487, neste estabelecimento correspondente aos serviços abaixo.

Código	Produto/Serviço	Quant.	Vlr. à pagar
32030126	MEMBRO INFERIOR	01	60,00
32040091	ARTICULACAO TIBIO TARSICA	01	60,00

Pelo qual dou plena e total quitação.

J.PESSOA, 31/08/2019

C/ Conhecimento do paciente

F CNPJ 08.323.040/0003-48
Clinor - Ortopedia e Fraturas
Av. Edson Ramalho, 479
Manaira - CEP 58038-000
João Pessoa - PB

Carimbo e Assinatura

Endereço: IRMAO ANTONIO REGINALDO 510 - BESSA - JOAO PESSOA - PB - 58035130 - Fone: 98871-8724

**CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda**

08323040/0001-90
MUNICÍPIO: JOSÉ DE MELLO - PB
CEP: 58013-240
RUA: GETULIO VARGAS
BAIRRO: CENTRO
CIDADE: J. PESSOA
UF: PB
Fone: 3015-2029
Fax: 3222-5148

RECIBO

Nº 51010

R\$ 60,00

Recebemos do(a) Sr(a). THAYS TORRES DE LIMA, C.P.F. nr. 085.712.864-77, a importância de R\$ 60,00. (Sessenta Reais.), referente a(s) despesa(s) decorrente do atendimento do paciente THAYS TORRES DE LIMA nascido em 05/04/1990 Prontuário Nº 380487, neste estabelecimento correspondente aos serviços abaixo:

Código	Produto/Serviço	Quant.	Vir. à pagar
52230023	GOTEIRA GESELLA MMII	01	60,00

Atendido pelo médico: RAIMUNDO VASCONCELOS JORDAO, CRM1456, pelo qual dou plena e total quitação.

J. PESSOA, 16/09/2019

C/ Conhecimento do paciente

Fonseca Bute

Clin. Ort. Traum. e Reabilitação Ltda
Carimbo e Assinatura

Endereço: IRMAO ANTONIO REGINALDO 510 - BESSA - JOAO PESSOA - PB - 58035130 - Fone: 9 8871-8724

Drogasil

Rua Drogasol S/N
Av Presidente Vargas, 404 - Centro - Rio Pessaro - PR
CEP: 81.580-0710-91 - Fone: 163142963

NOTA FISCAL E DOCUMENTO BREVÍSSIMO
de Nota Fiscal de Comercio Eletrônico
Reservado apresentamento de crédito de 10%

Nº 100 | Data: 10/06/2019 | Hr: 10:30 AM | Itens: 02

01	40389 - BLOCO 1500G 10 X 1,00 UND	37,23	F	37,23
	De 37,23 por 29,01 Desconto da			6,12
	Valor Líquido			29,04

QTD.	TOTAL DE ITENS	1
VALOR TOTAL DESCONTO R\$		6,12
VALOR TOTAL R\$		29,04
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO	
DEBITO		29,04

(0,00) 11.3.91-Federal e 4.94-Estados)

Data: 10/06/2019

Horário: 10:30

CRED	
MASTERCARD	
508392*****8952	
De 914-C10000	0001-0001-0001-0001
000-290513 /3/2019	10:30 AM-L
VALOR A CREDITO	
VALOR:	29,04

(0,00)

Nº F-Nº 000064310 Série 007
Emissor 29/06/2019 10:30:42

Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso no
<http://www.tacefitec.mt.gov.br/tac>

CHAVE DE ACESSO

2519 6661 5826 6667 1031
6540 2000 0643 0010 3024 7807

CONSULTORIA MAIS IDENTIFICADO

Consulte via Texto de QR Code





Rua Professor João Vinagre, 187A
CEP 58020-740
Tambia | João Pessoa | PB
CNPJ 24.233.490/0001-34

RECIBO
R\$ 42,00

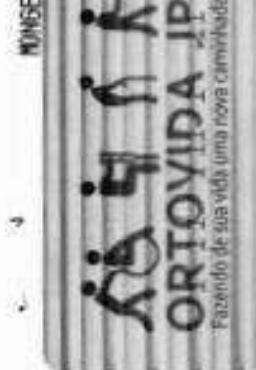
Recebi de THAÍS TORRES DE LIMA

a importância de QUARENTA E DOIS REAIS

referente a ALUGUEL DE PAR DE MULETAS CANADENSE

João Pessoa , 18 de SETEMBRO de 2018

ANA PAULA MORAIS
Ortovida JP



MUNICÍPIO DE RECIFE | 12/SET/2019 - 09:00:00

RECIBO

R\$ 57,00

Rua Professor João Vinagre - 187 A
CEP 58020-740
Tamboré | João Pessoa | PB
CNPJ 24.233.490/0001-34

Recebi de Thayss Torres de Sáma
a importância de R\$ 57,00 reais
referente a doações de Pás de iniciação
a

J. Pessoa, 2 de Setembro de 2019
Ana Paula Moreira
Ortovida JP

3264-1676 | 98806-4839 | 98790-7340 | 99979-6522
ortovida.jp | comercial@ortovida.jp





MONGAPEL REGON 121570000000000000
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
CEP 58030-000
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 909/005, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2541939, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente THAYS TORRES DE LIMA idade 29 anos, vítima de Causas externas (Queda da Própria altura dentro do Ônibus) no dia 29/08/2019, na BR 230, nas proximidades do Manaíra Shopping, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 07:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 17 de Setembro de 2019.

Alisson Monte,
SAME-SAMU 192
Matr. 629235

ALISSON DA SILVA MONTE
Matrícula: 62923-5
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Márcio Guimarães

FISIOTERAPIA & QUIROPRAXIA

Rua Professor Joaquim Santiago, número 22, sala 104. João Pessoa – PB.

01 de Outubro de 2019.

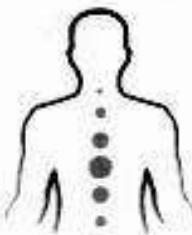
Declaro para os fins necessários a admissão da Sr^a Thays Torres de Lima, portadora do RG: 3343963 SSP-PB ,para atendimento fisioterapêutico, com diagnóstico médico de Entorse de tornozelo de grau 3.

Durante avaliação fisioterapêutica, paciente apresentou: perda de mobilidade significativa para movimentos de dorsiflexão, flexão plantar, everção e inversão, além de edema na região lateral e medial do tornozelo, com presença fraqueza muscular e instabilidade articular.

Além disso, apresenta como diagnóstico cinético funcional: limitação de mobilidade para atividades da vida diária, perda de força, diminuição de amplitude de movimento para todos os movimentos do tornozelo.

Diante da queixa e da avaliação física realizada na paciente, do ponto de vista cinético funcional, a mesma apresenta dificuldade para realização de suas atividades laborais devido ao agravamento de sua condição até o presente momento.


Márcio Guimarães Torres
Fisioterapeuta
CREMFO 246797-F



Márcio Guimarães

FISIOTERAPIA & QUIROPRAXIA

Recibo

Eu, Márcio Guimarães Torres Martins, Fisioterapeuta, portador do RG:3.516.793 SSP-PB,
declaro para os devidos fins o recebimento do valor antecipado de R\$4.500,00 (quatro mil e
quinhentos reais) da Sr^a Thays Torres de Lima, portadora do RG: 3343963 SSP-PB referente a
30 sessões de fisioterapia domiciliar.

Rua Professor Joaquim Santiago, número 22, sala 104. João Pessoa – PB.

01 de Outubro de 2019.

Márcio Guimarães Torres Martins
Fisioterapeuta
CREFITO 246797-F

Fisioterapeuta



Busca
nº 550
AP. 203

ORTOVIDA JP

Pelo presente instrumento particular de locação de um lado a firma Ana Paula Moraes com endereço à Praça Prof. João Vinagre 187A.

Tambá Centro, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, neste ato representado pelo titular e doravante denominado simplesmente de **CONTRATANTE** de outra identidade, T. Hays Torres de Laima, portador da cédula de identidade, Nº 085712864-77 CPF residente na

R. Irmão Antônio Reginaldo Cidade de J. Pessoa, no estado da Paraíba, doravante denominado de **CONTRATADO**. Entre si ajustado à locação do seguinte objeto:

Par de Muletas, de propriedade do contratante que loca ao contratado mediante as cláusulas e condições seguintes:

- 1- O prazo de locação é de 25 Quinze dias a partir da assinatura deste contrato, quando o **CONTRATADO** se obriga a restituir o objeto de locação em perfeito estado de uso, como o recebeu;
- 2- O aluguel convencionado é de R\$ 25 Quarenta e Cinco o **CONTRATADO** pagará na assinatura, e no caso de renovação, a cada 15 e Quinze dias pontualmente em nosso escritório, ou a seu procurador legalmente constituído;
- 3- O **CONTRATADO** obriga-se por trazer o objeto locado em boas condições, bem como, os acessórios em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assim restituí-los quando findo ou rescindido este contrato, sem direito a indenização ou retenção por quaisquer benfeitorias, ainda que necessárias, as quais ficarão desde logo incorporadas;
- 4- Obliga-se o **CONTRATADO** a satisfazer todas as exigências e não fazer modificações ou transformações sem autorização escrita do **CONTRATANTE**;
- 5- O **CONTRATADO** também não poderá transferir este contrato nem sublocar ou emprestar o objeto de locação, no todo ou em parte, sem preceder consentimento por escrito, do **CONTRATANTE**;
- 6- Quaisquer estragos ocasionados, bem como, as despesas feitas pelo **CONTRATANTE** para recuperação do objeto de locação, serão cobrados a parte;
- 7- O objeto deste contrato destina-se exclusivamente a uso pessoal, não podendo ser mudada a sua destinação sem consentimento expresso do **CONTRATANTE**.
- 8- Data de devolução 14/09/2019

João Pessoa, 2 de Setembro de 2019.

Contratado

Ana Paula Moraes
Contratante



REMOÇÃO DA VITIMA REQUERENTE PELO SAMU

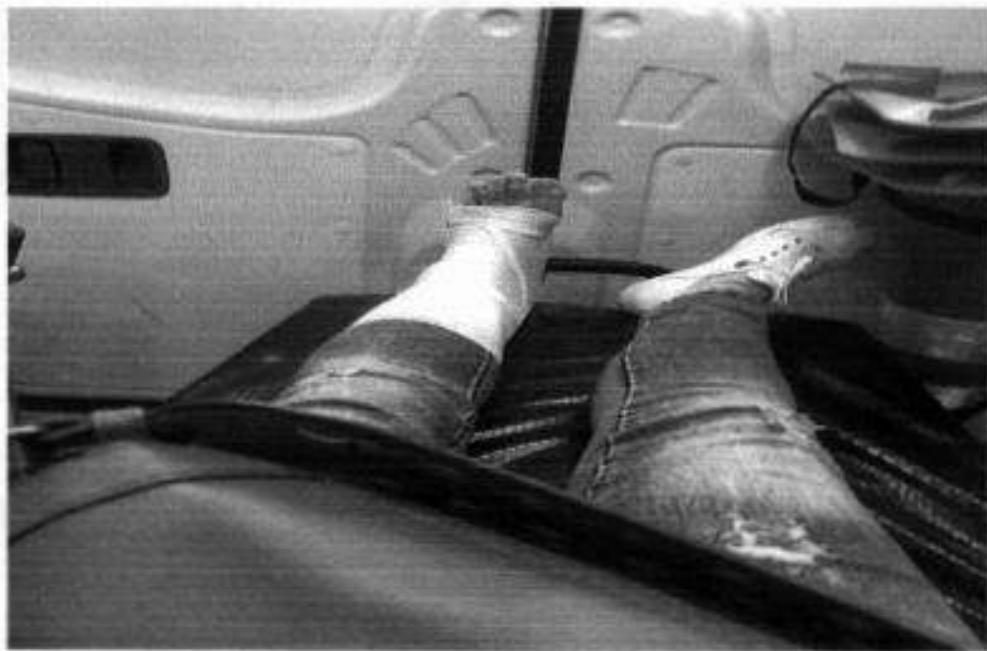


MOMENTOS DE RESGATE E PRIMEIROS SOCORROS DO ACIDENTE

MONGERI REGON 12:5620/6x/2019 00001072



TORNOZELO COM ENTORCE, INCHAÇO INFLAMATÓRIO E EDEMAS



MEMBRO IMOBILIZADO



MEMBRO POS ALGUMAS SESSÕES DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o pedido do(a) Sr.(a) Thiago Tomás de Oliveira da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S13.4, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 15 (15) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 29/08/10

Assinatura e Câmbio do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

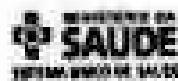
Eu, _____, autorizo o(a) Dr (*) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

MONGERIA REGUN 17/08/2019 09:00H



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Thays Tonete da

luz

1) BICERAG 150 ml.
160

- 400 1 ep.
02/12/2019

29/08/19.

Assinatura e Carimbo



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador do RG 3545765, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 13:00 horas, sendo portador da afecção CID -10 S93.9.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 20 (Vinte) dias, a partir desta data.

João Pessoa,

31/08/19

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Haimundo Vasconcelos Jordão

CRM 1452

CLINOR LTDa, João Pessoa - PB

Eu, _____, autorizo o

Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado

CID ou por extenso neste atestado médico

Assinatura do Paciente ou Responsável



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029

PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555

SUL - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador do RG _____, foi submetido à consulta médica nesta data , no horário das _____ horas, sendo portador da afecção CID -10 _____

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 10 (dez) dias, a partir desta data.

João Pessoa,

21/03/19

*Assento de
ferimento e
conservação*

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Raimundo Vasconcelos Júnior

CRM 1456

CLINOR LTDA. João Pessoa - PB

Eu, _____, autorizo o

Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado

CID ou por extenso neste atestado médico

Assinatura do Paciente ou Responsável



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - as 3015 2029

PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - as 3226 7555

SUL - Av. Walfrido Macêdo Brandão, 1011 - as 3235 4348

www.clinor.com.br



Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador do RG _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo portador da afecção CID -10. _____

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de _____ (_____ dias, a partir desta data.

João Pessoa,

30/09/19


Dr. Patrônio Vasconcelos Júnior

Assinatura e Carimbo do Médico CRM 1466

CLINOR LTDA. João Pessoa - PB

Eu, _____, autorizo o

Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado

CID ou por extenso neste atestado médico.


Assinatura do Paciente ou Responsável



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - as 3015 2029

PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - as 3226 7555

SUL - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - as 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ZOLLETTI

fofamurto todo
toraco mass tens
de morte vero

diagnos tico

Entro em sua
agencia por si
formaliza o No 30
tudo vero

30/08/14


Dr. Raymundo Vasconcelos Júnior
CRM 1466
CLINOR LTDA. João Pessoa - PB



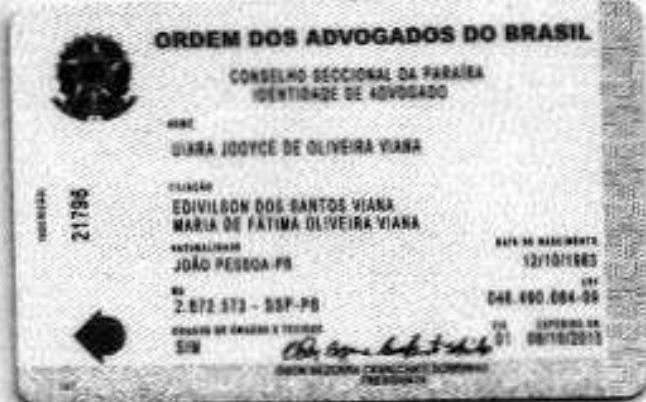
CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - as 3015 2029

PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - as 3226 7555

SUL - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - as 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR





PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655161

Data do acidente: 29/08/2019

Vítima: THAYS TORRES DE LIMA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Cabedelo

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data: 06/12/2019 09:56:50

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: LUXACAO ENTORSE DISTENSAO ARTIC LIG PESCOCO DISTENSAO E ENTORSE DA COLUNA CERVICAL -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	200,00	125,57
Honorários Médicos	3.07.11.02-9	MEMBRO INFERIOR	60,00	39,68
Honorários Médicos	3.07.11.02-9	MEMBRO INFERIOR	60,00	39,68
Exames	4.08.04.08-9	RX - ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	60,00	60,00
Materiais			99,00	99,00
Farmáncias			109,83	109,83
Total da Análise Atual			588,83	473,76

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: THAYS TORRES DE LIMA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	588,83	473,76	473,76

PARECER DE DAMS

Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	588,83	473,76	473,76
------------------------	------	------	------	--------	--------	--------

TOTAL PLEITEADO: 588,83 **TOTAL AVALIADO:** 473,76 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 473,76

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



ULIARA VIANA
ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURACÃO AD JUDICIA AD EXTRA

OUTORGANTE

THAYS TORRES DE LIMA, brasileira, solteira, portadora do RG nº 3 343 963 SSP-PB, e do CPF Nº 085 712 864-77, residente e domiciliado(a) Rua Irmão Antônio Reginaldo, 510, apto 203, Bessa, João Pessoa- PB

OUTORGADA:

Dr^o **ULIARA JOOYCE DE OLIVEIRA VIANA**, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil- Seção da Paraíba, nº 21 796, residente na Av Delfim Moreira, 356 Bessa, apto 301, nesta capital, com escritório na Av. Mato Grosso, 333, B Dos Estados, nesta Capital-PB, pelo qual recebe as intimações e demais comunicações judiciais

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o OUTORGANTE confere a OUTORGADA, amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com as cláusulas "ad judicium et extrajudicium", nomeando-a como procuradora e advogada, em qualquer Juiz, Instância ou Tribunal, **podendo propor em âmbito Administrativo e judicial, Ações ordinárias, representações, ofertando ainda os poderes especiais para ingressar com pedido DPVAT junto a Seguradora Lider**, receber informações, e outras necessidades sobre perícia médicas, e todo e qualquer ato junto que se fizer necessário ao fiel desempenho deste mandato, dando tudo para o bom, firme e valioso cumprimento.

João Pessoa, 25 de Novembro de 2019.

Thays Torres de Lima  Decarlinto
10º Ofício

Outorgante

Av. Epitácio Pessoa, 3530, Ed.
Fone: (83) 98166-9378 - e-mail:



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413785/19

Vítima: THAYS TORRES DE LIMA

CPF: 085.712.864-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/08/2019

Titular do CPF: THAYS TORRES DE LIMA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

UIARA JOOYCE DE OLIVEIRA VIANA : 046.490.084-09

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

THAYS TORRES DE LIMA : 085.712.864-77

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: UIARA JOOYCE DE OLIVEIRA VIANA
CPF: 046.490.084-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: Gabriel Pacheco Victal de Oliveira
CPF: 147.883.137-58

UIARA JOOYCE DE OLIVEIRA VIANA

Gabriel Pacheco Victal de Oliveira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413785/19

Número do Sinistro: 3190655161

Vítima: THAYS TORRES DE LIMA

Data do acidente: 29/08/2019

CPF: 085.712.864-77

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THAYS TORRES DE LIMA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

UIARA JOOYCE DE OLIVEIRA VIANA : 046.490.084-09

Procuração

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: UIARA JOOYCE DE OLIVEIRA VIANA
CPF: 046.490.084-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Gabriel Pacheco Victal de Oliveira
CPF: 147.883.137-58

UIARA JOOYCE DE OLIVEIRA VIANA

Gabriel Pacheco Victal de Oliveira