

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou A3L:

3 - CPF da vítima:

064 963 594-90

4 - Nome completo da vítima:

Delmira Barbosa Marimano

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

5 - Nome completo:

Delmira Barbosa Marimano

6 - CPF:

064

963

594-90

7 - Profissão:

funcionária

11 - Barro:

Alto do Matheus

15 - E-mail:

Rua Deambulador Manoel Taiguá

Quintas Millo Filho, Poco

12 - Cidade:

Porto Alegre

13 - Estado:

Rio Grande do Sul

14 - Telefone:

(51) 3090-2322

16 - Celular:

(51) 98872-9070

7 - Número:

135

10 - Complemento:

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

RECLUSO 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 POUPANÇA (informar para os bancos abaixo. Atualizar uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (informar banco):

Nome do BANCO:

Bnadesco

AGÊNCIA:

0108

CONTA:

0058 9428

AGÊNCIA:

0108

CONTA:

0058 9428

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

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, soucio o prazo de apresentação do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, despois já, em me submeter à avaliação médica das custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das viés permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discente do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vôvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou (vôvo/pai/mãe/irmão):

Sim  Não

27 - Se a vítima deixou (companheiro), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou:

Sim  Não

Sim

31 - Vítima:

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

33 - Vítima deixou:

Sim

34 - Vôvo/a

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou desacordo não verificado poderá gerar a retenção de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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:

Flávia Barbosa Marimano

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Advogado (se houver)



Autoatendimento

Deposito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 2340 Maquina: 038634  
Data: 22/01/2020 Hora: 13:44 N.Trans: 002468

Favorecido

Banco: 237  
Agencia: 2108 / CRUZ DAS ARMAS-UJP  
Conta: 0058928-4

Valor do deposito: 5,00

Titular: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Alo Bradesco

SAC - Servico de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes

0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado

Tenha uma boa tarde

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou A3L:

3 - CPF da vítima:

064 963 594-90

4 - Nome completo da vítima:

Delmira Barbosa Marimano

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

5 - Nome completo:

Delmira Barbosa Marimano

6 - CPF:

064 963 594-90

7 - Profissão:

funcionária

Endereço:

rua Diamangade Manoel Taunay  
Alto do Matheus  
Guarapuava PR

7 - Número:

135

10 - Complemento:

58090-232

11 - Barro:

Cidade:

Guarapuava PR

12 - Cidade:

UF:

PR

13 - E-mail:

14 - Tel. residencial:

(83) 98872-9070

15 - Tel. trabalho:

16 - Tel. celular:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

RECLUSO 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 POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (informe o banco):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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

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, soucio o príncipio da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse jeito, em me submeter à avaliação médica das custas da Seguradora Lider para a constatação da existência e quantificação das viés permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discente do seu conteúdo.

23 - 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"/> Vôvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou (compartilhou) testemunha?	27 - Se a vítima deixou (compartilhou), informar o nome completo:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos	30 - Vítima deixou testemunha? <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 Vivos: Falecidos	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou desacordo não veridicaria poderá gerar a retenção de ressarcimento ao valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Imprimir  
digitalizar  
e-mail  
enviar  
para  
e-mail  
destinatário

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:

Flávia Barbosa Marimano

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Autoatendimento

Deposito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 2340 Maquina: 038634  
Data: 22/01/2020 Hora: 13:44 N.Trans: 002468

Favorecido

Banco: 237  
Agencia: 2108 / CRUZ DAS ARMAS-UJP  
Conta: 0058928-4

Valor do deposito: 5,00

Titular: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Alo Bradesco

SAC - Servico de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes

0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado

Tenha uma boa tarde



**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**DADOS DO ACIDENTE**

<b>Nº BOAT</b> <b>0847- 2019</b>	<b>Responsável pelo Levantamento do Acidente:</b> <b>JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS</b>				<b>Posto/Graduação:</b> <b>CB /PM</b>
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Av. Gal Aurélio de Lira tavares</b>	Hora <b>08:40</b>	Bairro <b>Juracy Palhano</b>	Município: <b>João Pessoa</b>	UF <b>PB</b>	
<b>Data da Ocorrência</b> <b>02/12/2019</b>	<b>Dia da Semana</b> <b>Segunda-feira</b>	<b>C/S Vítima (QT)</b> <b>Com / 01</b>	<b>Tipo de Acidente</b> <b>Col.Traseira</b>	<b>Tipo de pavimento</b> <b>Asfalto</b>	<b>Condições da Pista</b> <b>Seca</b>
<b>Condições do Tempo</b> <b>Bom</b>	<b>Envolvidos no acidente (Quantidade)</b> <b>02 veículos</b>		<b>Controle do trânsito</b> <b>Pista Dupla</b>		

**CONDUTOR 01**

<b>Nome</b> <b>Jonatas Oliveira Silva</b>	<b>Sexo</b> <b>Masculino</b>	<b>Nascimento</b> <b>23/01/1997</b>	<b>RG</b> <b>2615494 - RN</b>
--	---------------------------------	--	----------------------------------

**Endereço**

**Rua: das Jaqueiras nº 15 – Pau Brasil - São José do Mipibú / RN– Tel.(084)99400-0760**

<b>1ª Habilitação</b> <b>24/11/2015</b>	<b>Categoria</b> <b>AD</b>	<b>Registro CNH N.º</b> <b>06512046696</b>	<b>U.F.</b> <b>RN</b>	<b>Ex.méd./Dia</b> <b>Sim</b>	<b>Data Vencimento</b> <b>31/07/2023</b>	<b>Usava cinto</b> <b>Sim</b>	<b>Usava Capacete</b> <b>-</b>
--	-------------------------------	---	--------------------------	----------------------------------	---	----------------------------------	-----------------------------------

<b>Exame de Embriaguez Alcoólica</b> <b>Sim(0,00mg/l)</b>	<b>Destino do Condutor</b> <b>Liberado no Local</b>
--	--

**VEÍCULO 01**

<b>Marca/Modelo</b> <b>VW / 24. 250 CLC</b>	<b>Espécie</b> <b>Caminhão</b>	<b>Placa</b> <b>OJR 7936</b>	<b>Categoria</b> <b>Aluguel</b>	<b>Município</b> <b>Macaíba</b>	<b>U.F.</b> <b>RN</b>
--	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------

**Nome do Proprietário**

**IM AGRO INDUSTRIA DE FRUTAS E DERIVADOS - LTDA**

<b>Seguradora</b> <b>DPVAT</b>	<b>Bilhete N.º</b> <b>014529065956</b>	<b>Renavan N.º</b> <b>0048125458-7</b>	<b>Data da Emissão</b> <b>04/06/2019</b>
-----------------------------------	---	---	---

**Condições do Veículo Antes do Acidente**

**Nada constatado**

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: trafegava na via (A), sentido BR 101/Alto do Mateus, sendo interceptado por um outro caminhão que evadiu-se do local; Que ao ser interceptado naquele momento foi obrigado a frear, resultando assim na colisão traseira do seu veículo.

**CONDUTOR 02**

<b>Nome</b> <b>Delmir Barbosa Maximiano</b>	<b>Sexo</b> <b>Masculino</b>	<b>Nascimento</b> <b>02/01/1987</b>	<b>RG</b> <b>2981221/PB</b>
--	---------------------------------	--	--------------------------------

<b>Endereço</b> <b>Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n º 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB – Tel.(083)98811 8076</b>	<b>Destino do Condutor</b> <b>Socorrido ao Hospital de Trauma</b>
---	--

**VEÍCULO 02**

<b>Marca/Modelo</b> <b>HONDA / XRE 190</b>	<b>Espécie</b> <b>Motocicleta</b>	<b>Placa</b> <b>QSM 1040</b>	<b>Categoria</b> <b>Particular</b>	<b>Município</b> <b>João Pessoa</b>	<b>U.F.</b> <b>PB</b>
---	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------

<b>Nome do Proprietário</b> <b>Delmir Barbosa Maximiano</b>	<b>Seguradora</b> <b>DPVAT</b>	<b>Bilhete N.º</b> <b>014355363453</b>	<b>Renavan N.º</b> <b>0117735380-3</b>	<b>Data da Emissão</b> <b>04/01/2019</b>
--	-----------------------------------	---	---	---

<b>Condições do Veículo Antes do Acidente</b>	<b>BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO</b>
---	---

<b>Nada constatado</b>	<b>Cópia de Conformidade com o Regulamento</b>
------------------------	--

EM: 23/12/19

ASSINATURA

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor declarou que: trafegava na alça que dá acesso a via Oeste, e que havia um caminhão lento em uma faixa. O condutor passou para a faixa rápida, onde outro veículo saiu atrás da mesma faixa, impossibilitando ultrapassagem, e ao tentar retornar para se manter na faixa do caminhão, o mesmo havia parado bruscamente para evitar a colisão no veículo da frente; Que em seguida ocorreu a colisão com V1 do lado esquerdo e a motocicleta. Observação: digitação realizada com base na versão entregue no dia 30/12/2019 pelo procurador condutor Anderson Silvestre Alcântara da Silva – RG 3595587.

## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0847/2019

## VÍTIMA 01

Nome <b>Delmir Barbosa Maximiano</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>02/01/1987</b>	Viajava no Veículo N° <b>02</b>
<b>Endereço</b> Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n ° 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB			
Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto	Usava Capacete

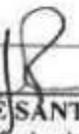
## CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: ocorreu o sinistro na via (A), sentido BR 230 / Alto do Mateus; Que não foi constado sulcagem na via; Que não foi possível arrolar testemunhas no local. O condutor do V1 foi submetido ao teste de alcoolemia pelo etilômetro nº série 114305 de teste nº 01595, tendo como resultado de 0,00 mh/l de ar alveolar; Que o condutor 01 foi liberado no local e o condutor 02 foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas pelo SAMU. O V1 foi liberado no local e o V2 recolhido ao pátio do BPTran para complemento do BOAT.

João Pessoa – PB, 10 de dezembro de 2019.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 23/12/19

ASSINATURA

  
**JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS – CB PM**  
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0847/ 2019

AMARRAÇÕES

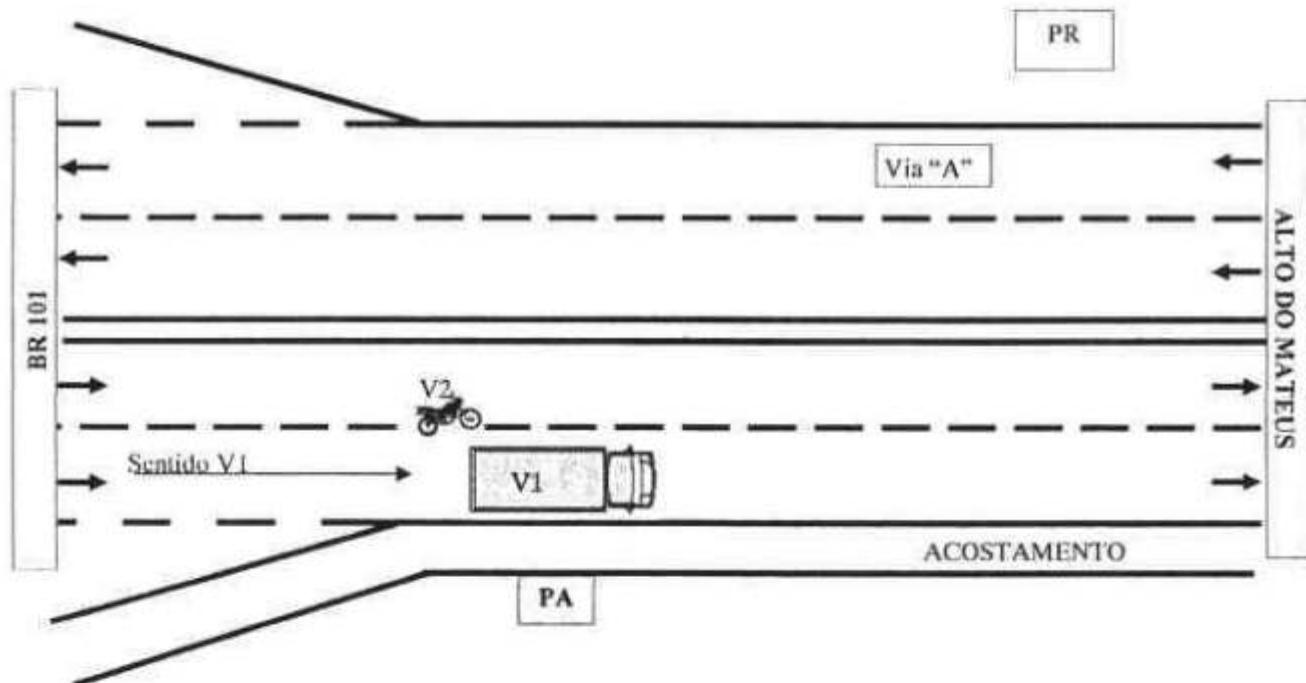
VIA "A" - Avenida Gen. Aurélio de Lyra Tavares 20,00metros

PR (Ponto de Referência) Posto Alto do Mateus

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 03.80 e Traseiro Direito 03.80 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 08.10 e Traseiro Direito 07.40 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OFICIAL - ESCALA

A V A R I A S



V1



V2

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
FM: 23/12/179

ASSINATURA

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM  
Responsável pelo Levantamento

EM BRANCO



**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0847/2019**  
**DANOS NO V1**

Marca/Modelo: <b>VW / 24. 250 CLC</b>	Placa: <b>OJR 7936 / RN</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>CB JONAS</b>	Data: <b>02/12/2019</b>
--	--------------------------------	--	----------------------------

**CAMINHÃO, CAMINHÃO TRATOR, REBOQUE E SEMIREBOQUE**  
**AVARIAS NO ACIDENTE**

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
01	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
02	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
03	Para choque traseiro danificado.	M		X	
04	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
05	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
06	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
07	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
08	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
09	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	G		X	
16	Air Bags (se existir)	M		X	

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.

**Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade**

**Dano de Pequena Monta:** quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"

**Dano de Média Monta:** quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

**Dano de Grande Monta:** quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

**Observações:** DANO DE PEQUENA MONTA

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi danificado ou não no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente; NÃO = Item não danificado no acidente; NA = Impossibilidade de avaliar o dano (Não avaliado)

**BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**

Cópia de Conformidade com o Original:

**EM: 23/12/19**

**ASSINA:**

## CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0847/2019

## DANOS NO V2

Marca/Modelo: <b>HONDA / XRE 190</b>	Placa: <b>QSM 1040</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>CB JONAS</b>	Data: <b>02/12/2019</b>						
<b>MOTOCICLETA</b>									
<b>PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE</b>									
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)		X	
04	Coluna de direção		X			Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

## AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA.

João Pessoa – PB, 10 de dezembro de 2019.

JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS – CB PM

Responsável pelo Levantamento

SATURADO DE TRÂNSITO - ORGANIZAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL  
 Cópia de Conformidade com o Original  
 EM: 23/12/19

ASSINA



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



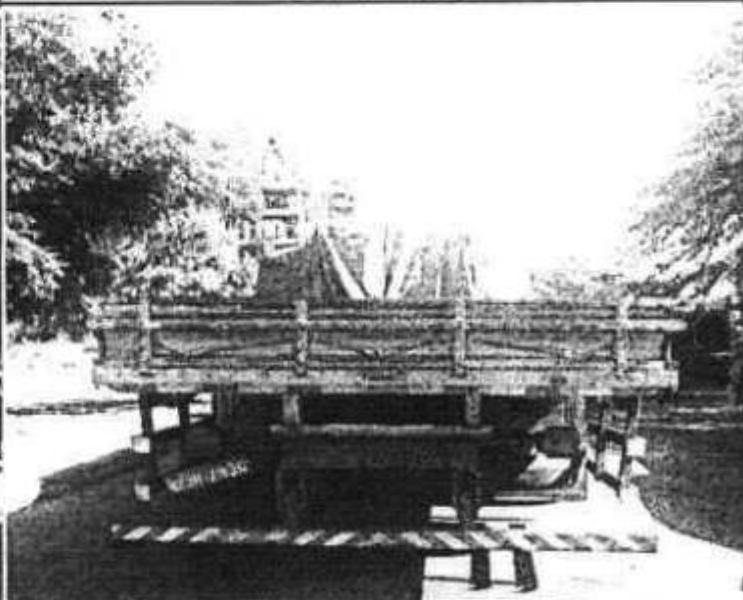
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0847/ 2019

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conformidade com o Original

E.M.: 23/12/19

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM  
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPRJII)  
BATALHÃO DE POLICIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

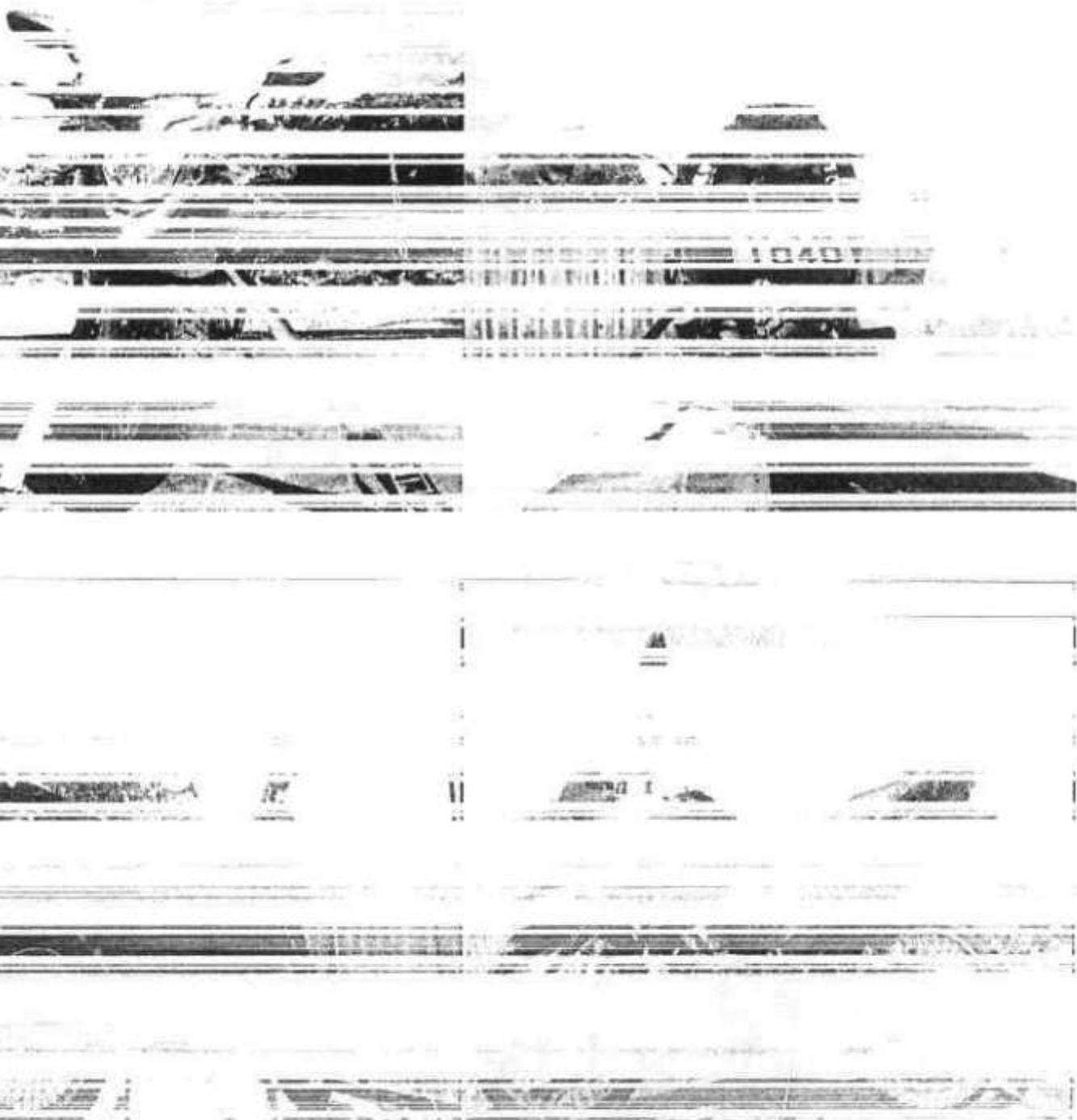


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0847/ 2019

FOTOS DO VÍC

VEÍCULO / VÍC

TRÂNSITO / T/2





**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**DADOS DO ACIDENTE**

<b>Nº BOAT</b> <b>0847- 2019</b>	<b>Responsável pelo Levantamento do Acidente:</b> <b>JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS</b>				<b>Posto/Graduação:</b> <b>CB /PM</b>
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Av. Gal Aurélio de Lira tavares</b>	Hora <b>08:40</b>	Bairro <b>Juracy Palhano</b>	Município: <b>João Pessoa</b>	UF <b>PB</b>	
<b>Data da Ocorrência</b> <b>02/12/2019</b>	<b>Dia da Semana</b> <b>Segunda-feira</b>	<b>C/S Vítima (QT)</b> <b>Com / 01</b>	<b>Tipo de Acidente</b> <b>Col.Traseira</b>	<b>Tipo de pavimento</b> <b>Asfalto</b>	<b>Condições da Pista</b> <b>Seca</b>
<b>Condições do Tempo</b> <b>Bom</b>	<b>Envolvidos no acidente (Quantidade)</b> <b>02 veículos</b>		<b>Controle do trânsito</b> <b>Pista Dupla</b>		

**CONDUTOR 01**

<b>Nome</b> <b>Jonatas Oliveira Silva</b>	<b>Sexo</b> <b>Masculino</b>	<b>Nascimento</b> <b>23/01/1997</b>	<b>RG</b> <b>2615494 - RN</b>
--	---------------------------------	--	----------------------------------

**Endereço**

**Rua: das Jaqueiras nº 15 – Pau Brasil - São José do Mipibú / RN– Tel.(084)99400-0760**

<b>1ª Habilitação</b> <b>24/11/2015</b>	<b>Categoria</b> <b>AD</b>	<b>Registro CNH N.º</b> <b>06512046696</b>	<b>U.F.</b> <b>RN</b>	<b>Ex.méd./Dia</b> <b>Sim</b>	<b>Data Vencimento</b> <b>31/07/2023</b>	<b>Usava cinto</b> <b>Sim</b>	<b>Usava Capacete</b> <b>-</b>
--	-------------------------------	---	--------------------------	----------------------------------	---	----------------------------------	-----------------------------------

<b>Exame de Embriaguez Alcoólica</b> <b>Sim(0,00mg/l)</b>	<b>Destino do Condutor</b> <b>Liberado no Local</b>
--	--

**VEÍCULO 01**

<b>Marca/Modelo</b> <b>VW / 24. 250 CLC</b>	<b>Espécie</b> <b>Caminhão</b>	<b>Placa</b> <b>OJR 7936</b>	<b>Categoria</b> <b>Aluguel</b>	<b>Município</b> <b>Macaíba</b>	<b>U.F.</b> <b>RN</b>
--	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------

**Nome do Proprietário**

**IM AGRO INDUSTRIA DE FRUTAS E DERIVADOS - LTDA**

<b>Seguradora</b> <b>DPVAT</b>	<b>Bilhete N.º</b> <b>014529065956</b>	<b>Renavan N.º</b> <b>0048125458-7</b>	<b>Data da Emissão</b> <b>04/06/2019</b>
-----------------------------------	---	---	---

**Condições do Veículo Antes do Acidente**

**Nada constatado**

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: trafegava na via (A), sentido BR 101/Alto do Mateus, sendo interceptado por um outro caminhão que evadiu-se do local; Que ao ser interceptado naquele momento foi obrigado a frear, resultando assim na colisão traseira do seu veículo.

**CONDUTOR 02**

<b>Nome</b> <b>Delmir Barbosa Maximiano</b>	<b>Sexo</b> <b>Masculino</b>	<b>Nascimento</b> <b>02/01/1987</b>	<b>RG</b> <b>2981221/PB</b>
--	---------------------------------	--	--------------------------------

<b>Endereço</b> <b>Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n º 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB – Tel.(083)98811 8076</b>	<b>Destino do Condutor</b> <b>Socorrido ao Hospital de Trauma</b>
---	--

**VEÍCULO 02**

<b>Marca/Modelo</b> <b>HONDA / XRE 190</b>	<b>Espécie</b> <b>Motocicleta</b>	<b>Placa</b> <b>QSM 1040</b>	<b>Categoria</b> <b>Particular</b>	<b>Município</b> <b>João Pessoa</b>	<b>U.F.</b> <b>PB</b>
---	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------

<b>Nome do Proprietário</b> <b>Delmir Barbosa Maximiano</b>	<b>Seguradora</b> <b>DPVAT</b>	<b>Bilhete N.º</b> <b>014355363453</b>	<b>Renavan N.º</b> <b>0117735380-3</b>	<b>Data da Emissão</b> <b>04/01/2019</b>
--	-----------------------------------	---	---	---

<b>Condições do Veículo Antes do Acidente</b>	<b>BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO</b>
---	---

<b>Nada constatado</b>	<b>Cópia de Conformidade com o Regulamento</b>
------------------------	--

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor declarou que: trafegava na alça que dá acesso a via Oeste, e que havia um caminhão lento em uma faixa. O condutor passou para a faixa rápida, onde outro veículo saiu atrás da mesma faixa, impossibilitando ultrapassagem, e ao tentar retornar para se manter na faixa do caminhão, o mesmo havia parado bruscamente para evitar a colisão no veículo da frente; Que em seguida ocorreu a colisão com V1 do lado esquerdo e a motocicleta. Observação: digitação realizada com base na versão entregue no dia 30/12/2019 pelo procurador condutor Anderson Silvestre Alcântara da Silva – RG 3595587.

## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0847/2019

## VÍTIMA 01

Nome <b>Delmir Barbosa Maximiano</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>02/01/1987</b>	Viajava no Veículo N° <b>02</b>
<b>Endereço</b> Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n ° 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB			
Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto	Usava Capacete

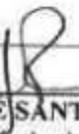
## CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: ocorreu o sinistro na via (A), sentido BR 230 / Alto do Mateus; Que não foi constado sulcagem na via; Que não foi possível arrolar testemunhas no local. O condutor do V1 foi submetido ao teste de alcoolemia pelo etilômetro nº série 114305 de teste nº 01595, tendo como resultado de 0,00 mh/l de ar alveolar; Que o condutor 01 foi liberado no local e o condutor 02 foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas pelo SAMU. O V1 foi liberado no local e o V2 recolhido ao pátio do BPTran para complemento do BOAT.

João Pessoa – PB, 10 de dezembro de 2019.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 23/12/19

ASSINATURA

  
**JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS – CB PM**  
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0847/ 2019

AMARRAÇÕES

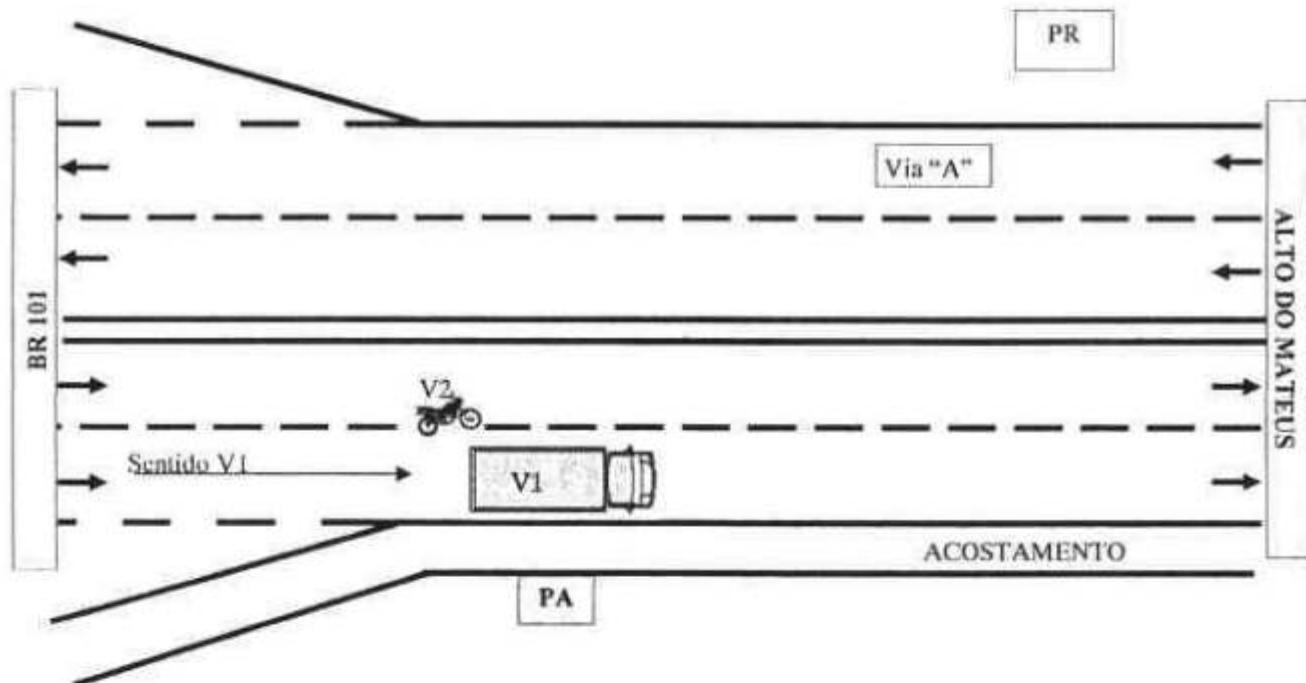
VIA "A" - Avenida Gen. Aurélio de Lyra Tavares 20,00metros

PR (Ponto de Referência) Posto Alto do Mateus

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 03.80 e Traseiro Direito 03.80 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 08.10 e Traseiro Direito 07.40 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OFICIAL - ESCALA

A V A R I A S



V1



V2

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
FM: 23/12/179

ASSINATURA

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM  
Responsável pelo Levantamento

EM BRANCO



**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0847/2019**  
**DANOS NO V1**

Marca/Modelo: <b>VW / 24. 250 CLC</b>	Placa: <b>OJR 7936 / RN</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>CB JONAS</b>	Data: <b>02/12/2019</b>
--	--------------------------------	--	----------------------------

**CAMINHÃO, CAMINHÃO TRATOR, REBOQUE E SEMIREBOQUE**  
**AVARIAS NO ACIDENTE**

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
01	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
02	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
03	Para choque traseiro danificado.	M		X	
04	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
05	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
06	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
07	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
08	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
09	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	G		X	
16	Air Bags (se existir)	M		X	

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.

**Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade**

**Dano de Pequena Monta:** quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"

**Dano de Média Monta:** quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

**Dano de Grande Monta:** quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

**Observações:** DANO DE PEQUENA MONTA

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi danificado ou não no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente; NÃO = Item não danificado no acidente; NA = Impossibilidade de avaliar o dano (Não avaliado)

**BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**

Cópia de Conformidade com o Original:

**EM: 23/12/19**

**ASSINA:**

## CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0847/2019

## DANOS NO V2

Marca/Modelo: <b>HONDA / XRE 190</b>	Placa: <b>QSM 1040</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>CB JONAS</b>	Data: <b>02/12/2019</b>						
<b>MOTOCICLETA</b>									
<b>PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE</b>									
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)		X	
04	Coluna de direção		X			Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

## AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA.

João Pessoa – PB, 10 de dezembro de 2019.

JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS – CB PM

Responsável pelo Levantamento

SATURADO DE TRÂNSITO - ORGANIZAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 23/12/19

ASSINA



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



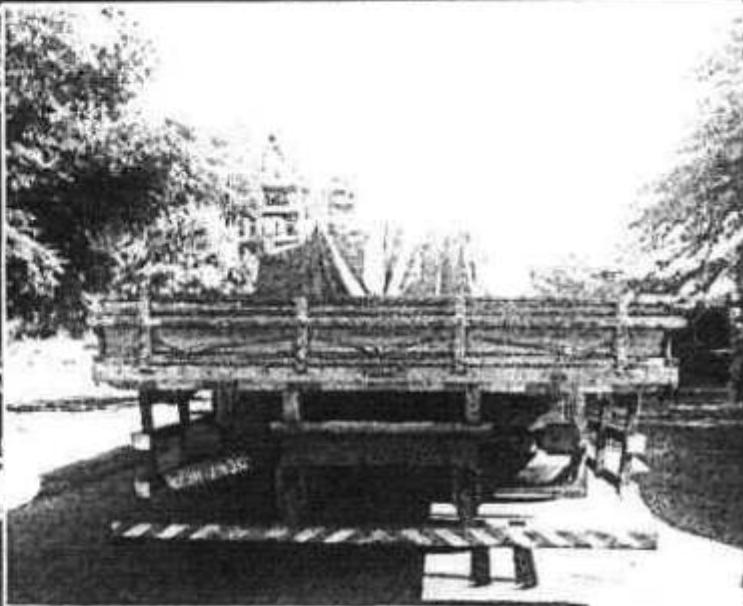
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0847/ 2019

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conformidade com o Original

E.M.: 23/12/19

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM  
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPRJII)  
BATALHÃO DE POLICIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

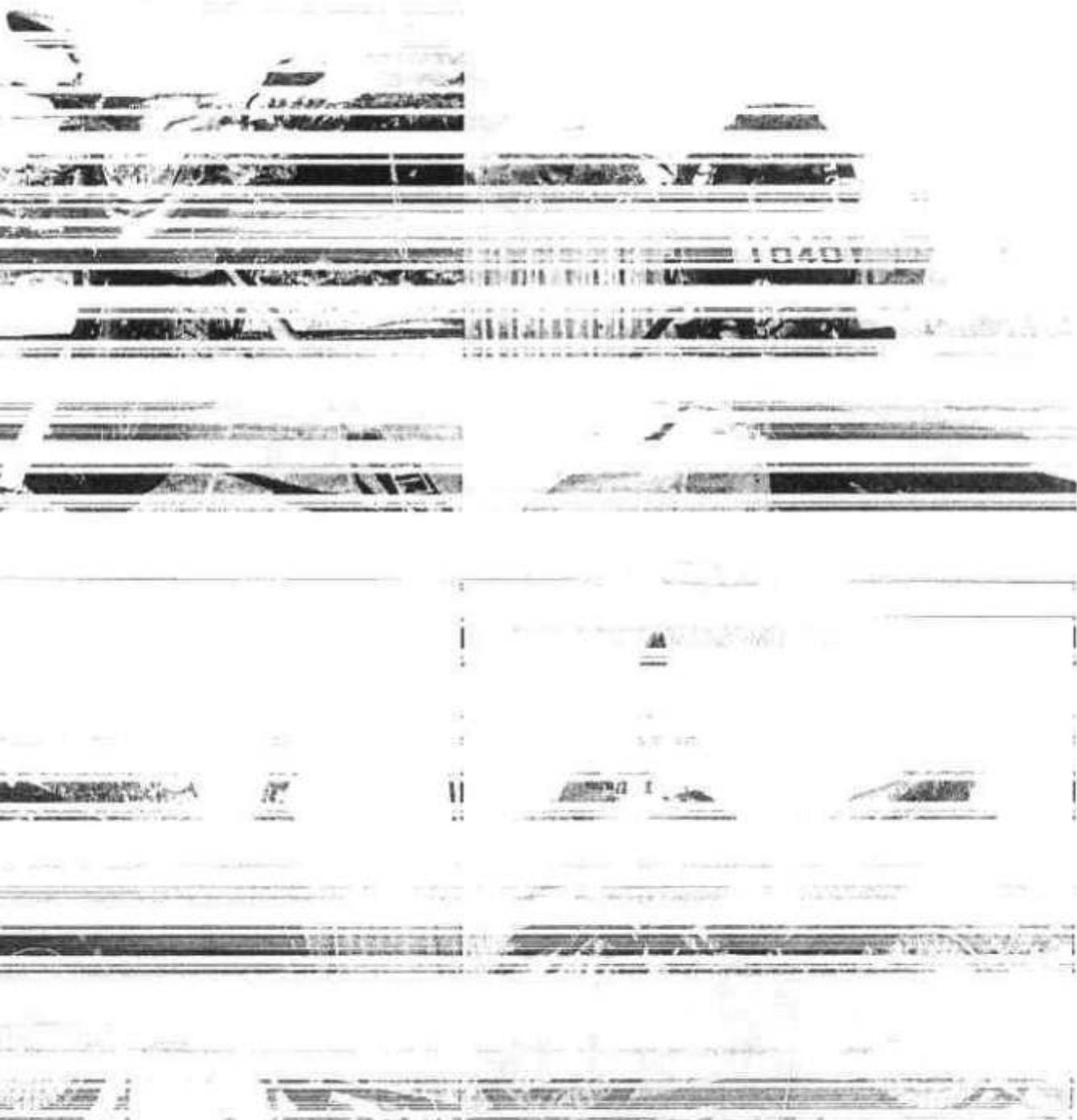


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0847/ 2019

FOTOS DO VÍC

VEÍCULO / VÍC

TRÂNSITO / T/2



Jonas Paulo de Souza C.R. 10000

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou A3L:

3 - CPF da vítima:

064 963 594-90

4 - Nome completo da vítima:

Delmira Barbosa Marimano

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

5 - Nome completo:

Delmira Barbosa Marimano

6 - CPF:

064 963 594-90

7 - Profissão:

funcionária

11 - Barro:

Alto do Matheus

12 - Cidade:

Guarapari

13 - Estado:

ES

14 - Telefone:

58090-232

15 - E-mail:

(88) 98872-9070

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

RECLUSO 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 POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (informe o banco):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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

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, soucio o prazo seguinte da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, despois já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das viés permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discente do seu conteúdo.

23 - 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"/> Vôvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou (vôvo/irmão/filho):	27 - Se a vítima deixou (compartilhada), informar o nome completo:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos	30 - Vítima deixou: <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 Vivos: Falecidos
		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou desacordo não veridicaria poderá gerar a restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Assinatura  
digitalizada  
em PDF  
Beneficiário  
que assinou

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:

Flávia Barbosa Marimano

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Autoatendimento

Deposito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 2340 Maquina: 038634  
Data: 22/01/2020 Hora: 13:44 N.Trans: 002468

Favorecido

Banco: 237  
Agencia: 2108 / CRUZ DAS ARMAS-UJP  
Conta: 0058928-4

Valor do deposito: 5,00

Titular: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Alo Bradesco

SAC - Servico de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes

0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado

Tenha uma boa tarde

CLIENTE: Sr.(a) De la Torre Banderas & Cx /

CLIENTE: Sr. (a)

AN<sup>o</sup> N° 32104-4  
RUA VASCO DA GAMA, 1031 - Centro - PONTE  
CEP 35040-200 - Fone (61) 223-4359  
E-mail: joelhodequadri@terra.com.br

Obs. Venâncio & Corrêa

10

ANS N° 321004-4  
Tel: (83) 2106-0765 Fax: (83) 3241-4259  
CEP: 59010-300 João Pessoa - Paraíba

1070

1070

CLIENTE: Sr. (a) De la Torre, Carlos Francisco

CIENTÍFICO(a)

Até l.  
CID 532  
Pacaré 2019. - de acionar  
te un humor X Sókewal Stokew,  
que estorvo de sôme d'werk.  
un jee 1/3 yeforim concurvi.  
e 1/3 d'ri vi p'el. Steen t'jel  
sau, vui de eur 02/12/2019  
tud off, o. O veem c'nt  
e despoli a t'je d't p'ixato  
com k'nt i'm k'nt u'nde. L'j  
femem f'lera) e h'lico e  
h'rico k'nt i'nt'ica. V'ho.  
Sect. reunião "Xic" do  
V'ho Sectorial d'je 50 enco-  
re al a p'x. eeu see e  
meda sp'ecoc' f'lera C'nt.  
d'cions de la ges'la  
d'cive p'eso. 17 e  
benific' r'ce e p'or,  
n't. reg'iss's, t'je K'nt  
de aud'an p'or, ben'c'e  
de 04/2019) v'ede e  
han v'ho, dor. t. de v'ho <5011,  
d'je 02/12/2019

Obs. Visitando a Comida

SCIENTIFIC

Obs. Höglund & Comptita

CEP 59040-300 - Rio Grande do Sul - Brasil

ANS N° 32104-4

1043

110



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Círino, 320 - Jaguaripe João Pessoa - PB  
CEP: 58.016-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
**MATRÍCULA**

**1371681**

**REFERÊNCIA**

**DEZ/2019**

**CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS**

**DELMIR BARBOSA MAXIMIANO**  
**RUA DES MANOEL TAIGY QUEIROZ MELLO FILHO, 133**  
**ALTO DO MATEUS JOAO PESSOA PB 58090-232**

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Hab.	Comerç.	Indúst.	Pátes	
001.011.410.0055.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16NPBHS3	01/10/2016	EXT M11 LIGADO	LIGADO			

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO	CH30	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
291	298	7	39	3	11/01/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	QUALID. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.				
NOV/2019	10	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORTES	
OUT/2019	8	TURBIDEZ	268	288	279
SET/2019	8	CLORO	268	288	288
AGO/2019	9	COL. TÉRMOT	0	0	0
JUL/2019	9	COR	73	145	139
JUN/2019	8	COL. TOTAIS	268	288	274
MÉDIA(M)	8	DADOS REFERENTES A OUT/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 12/12/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 09:04:29
DESCRICAÇÃO	CONSUMO
AQUA	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	, 7 HS
ESGOTO	37,91
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO	7 HS
	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS LEI 17.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
04/01/2020	<b>R\$ 68,24</b>

 Santander |033-7| 03399.05549 08101.000134 82161.601016 7 81500000011532

Beneficiário DENTAL CENTER LTDA - 35436658000125 AV. WASHINGTON SOARES, 909 - EDSON QUEIROZ		Agência / Código Beneficiário 3962-4 / 0554081	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 010001382161 6
Número do documento 010001382161 6		CPF/CNPJ 35436658000125	Vencimento 30/01/2020	Valor documento	R\$ 115,32
(-) Desconto / Abatimentos		(-) Outras deduções	(-) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(+) Valor cobrado
Pagador THAIS EMMANUELLE MENEZES OLIVEIRA					

Instruções:  
Intermediado por:  
ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

 Santander |033-7| 03399.05549 08101.000134 82161.601016 7 81500000011532

Local de pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Santander.		Vencimento 30/01/2020
Beneficiário DENTAL CENTER LTDA - 35436658000125 AV. WASHINGTON SOARES, 909 - EDSON QUEIROZ		Agência Código Beneficiário 3962-4 / 0554081
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.
10/01/2020	010001382161 6	DM N
Caneira 101	Especie R\$	Quantidade
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)		
Intermediado por: ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20		
Ref. Mensalidade 01/2020 Após o vencimento cobrar Juros de 1% ao mês. Multa de 2%.		
(+) Valor documento R\$ 115,32		
(-) Desconto		
(-) Outras deduções / Abatimentos		
(+/-) Mora / Multa / Juros		
(+/-) Outros		
(+) Valor Pago		

Pagador THAIS EMMANUELLE MENEZES OLIVEIRA, RUA LUZIA PEDROSA 1500 - CRISTO REDENTOR - CEP 58071530 - JOAO PESSOA - PARAIBA 05633145402	Cod. baixa
---	------------

Sacador Atalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Círino, 320 - Jaguaripe João Pessoa - PB  
CEP: 58.016-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
**MATRÍCULA**

**1371681**

**REFERÊNCIA**

**DEZ/2019**

**CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS**

**DELMIR BARBOSA MAXIMIANO**  
**RUA DES MANOEL TAIGY QUEIROZ MELLO FILHO, 133**  
**ALTO DO MATEUS JOAO PESSOA PB 58090-232**

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Hab.	Comer.	Indúst.	Pátes	
001.011.410.0055.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16NPBHS3	01/10/2016	EXT M11 LIGADO	LIGADO			

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO	CH30	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
291	298	7	39	3	11/01/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	QUALID. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.				
NOV/2019	10	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORTES	
OUT/2019	8	TURBIDEZ	268	288	279
SET/2019	8	CLORO	268	288	288
AGO/2019	9	COL. TÉRMOT	0	0	0
JUL/2019	9	COR	73	145	139
JUN/2019	8	COL. TOTAIS	268	288	274
MÉDIA(M)	8	DADOS REFERENTES A OUT/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 12/12/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 09:04:29
DESCRICAÇÃO	CONSUMO
AQUA	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	, 7 HS 37,91
ESGOTO	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO	7 HS 30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS LEI 17.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
04/01/2020	<b>R\$ 68,24</b>

 Santander |033-7| 03399.05549 08101.000134 82161.601016 7 81500000011532

Beneficiário DENTAL CENTER LTDA - 35436658000125 AV. WASHINGTON SOARES, 909 - EDSON QUEIROZ		Agência / Código Beneficiário 3962-4 / 0554081	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 010001382161 6
Número do documento 010001382161 6		CPF/CNPJ 35436658000125	Vencimento 30/01/2020	Valor documento	R\$ 115,32
(-) Desconto / Abatimentos		(-) Outras deduções	(-) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(+) Valor cobrado
Pagador THAIS EMMANUELLE MENEZES OLIVEIRA					

Instruções:  
Intermediado por:  
ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

 Santander |033-7| 03399.05549 08101.000134 82161.601016 7 81500000011532

Local de pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Santander.		Vencimento 30/01/2020			
Beneficiário DENTAL CENTER LTDA - 35436658000125 AV. WASHINGTON SOARES, 909 - EDSON QUEIROZ		Agência Código Beneficiário 3962-4 / 0554081			
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aente	Data processamento	Nosso número
10/01/2020	010001382161 6	DM	N	10/01/2020	010001382161 6
Caneira 101	Especie R\$	Quantidade		Valor Documento	(+) Valor documento R\$ 115,32
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)					
Intermediado por: ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20					
Ref. Mensalidade 01/2020 Após o vencimento cobrar Juros de 1% ao mês. Multa de 2%					
(+) Desconto (-) Outras deduções / Abatimentos (+) Mora / Multa / Juros (+) Outros (+) Valor Pago					

Pagador THAIS EMMANUELLE MENEZES OLIVEIRA, RUA LUZIA PEDROSA 1500 - CRISTO REDENTOR - CEP 58071530 - JOAO PESSOA - PARAIBA 05633145402	Cod. baixa
---	------------

Sacador Atalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Thais Emmanuelle Menges Cardoso inscrito(a) no CPF/CNPJ 056.331.454-02, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Delmira Barbosa Marimano inscrito(a) no CPF sob o Nº 064.963.594-90, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Delmira Barbosa Marimano, inscrito(a) no CPF sob o Nº 064.963.594-90, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Tua Luzia Pedreira</u>	<u>1500</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Cristo Redentor</u>	<u>PB</u>	<u>58071-530</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Thablitica096@gmail.com</u>		<u>(83)98872-9070</u>

João Pessoa, 24 de Janeiro de 2020  
Local e Data

Thais Emmanuelle Menges Cardoso  
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Thais Emmanuelle Menges Cardoso inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.331.454-02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Delmira Barbosa Marimano inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.963.594-90, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Delmira Barbosa Marimano, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.963.594-90, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Tua Luzia Pedreira</u>	<u>1500</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Cristo Redentor</u>	<u>PB</u>	<u>58071-530</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Thablitica096@gmail.com</u>		<u>(83)98872-9070</u>

João Pessoa, 24 de Janeiro de 2020  
Local e Data

Thais Emmanuelle Menges Cardoso  
Assinatura do Declarante

Centro de Diagnóstico por Imagem  
Unimed João Pessoa  
Av. Presidente Getúlio Vargas, 2900  
Cidade Universitária - PB  
04521-901

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA**  
**RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Paciente..... Delmir Barbosa Maximiano  
Cód. Atendimento... 2092729  
Mãe.....  
Convênio..... INTERCAMBIO II - NAC  
Médico Solicitante .. Severino Ramos Nascimento

Data Nasct... 02/01/1987  
Data: 02/12/2019 18:22:45  
N. Acesso... 777916

**EXAME: RX PERNA DIREITA**

- Aumento de densidades de partes moles.
- Importante fratura do terço proximal da tibia.

Dr Antonio Gualberto Chianca  
CRM 1182



Membro da Aliança  
Cooperativa Internacional

Cooperativa especializada em serviços e negócios.  
Belo Horizonte

**ANS - nº 32104-4**

COD 000545

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed** 

João Pessoa

HAUW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMILANO,  
416114 02/12/2019 18:06 MTEC:  
CONT: 777916

DIR

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed**   
João Pessoa

BAW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 02/12/2019 18:06 MTEC:  
CONT: 777916

**DIR**

R. Mário Covas, 400 - Centro  
Cidade: João Pessoa - PB  
CEP: 58040-300  
Latitude: -26.  
Longitude: -45.  
ID: 2106-0216.

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA  
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Paciente..... Delmir Barbosa Maximiano  
Cód. Atendimento.... 2093034  
Mãe.....  
Convênio..... : INTERCAMBIO II - NAC  
Médico Solicitante.... : Jose Gutemberg Cruz De Lima

Data Nasct.. 02/01/1987  
Data: 12/12/2019 17:51:35  
N. Acesso... 779679

**EXAME: RX JOELHO ESQUERDO**

- Controle pós-operatório de fratura cominutiva do fêmur distal esquerdo.

*Ocelio*  
Dr Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo  
CRM: 469

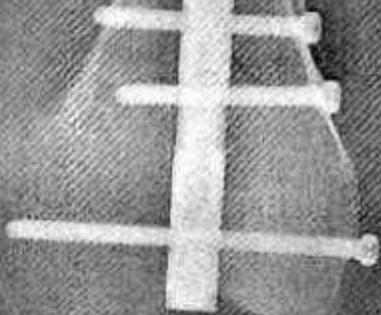
Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed** 

João Pessoa

HAUW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 12/12/2019 17:03 MTEC: 24904  
CONT: 779679

ESQ



Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed** 

João Pessoa

RAUW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 12/12/2019 17:03 MTEC: 24904  
CONT: 779679

ESQ

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA  
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Paciente.....: Delmir Barbosa Maximiano  
Cód. Atendimento....: 2093034  
Mãe.....:  
Convênio.....: INTERCAMBIO II - NAC  
Médico Solicitante....: Jose Gutemberg Cruz De Lima

Data Nasct...02/01/1987  
Data: 15/12/2019 16:17:38  
N. Acesso... 780193

## EXAME: RX joelho direito

- 1- Estrutura óssea normal  
2- Controle de redução cirúrgica de fratura complexa na tibia proximal

Dr Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo  
CRM: 469

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed**   
João Pessoa

DIR



HAUW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 15/12/2019 15:05 MTEC: 25229  
CONT: 780193

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed** 

João Pessoa

DIR

MAIN - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 15/12/2019 15:05 MTEC: 25229  
CONT: 780193

Centro de Diagnóstico por Imagem  
Av. João Pessoa, 1115 - Centro  
CEP 58010-000  
(83) 3200-6026

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA  
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Paciente..... Delmir Barbosa Maximiano  
Cód. Atendimento... 2092729  
Mãe.....  
Convênio..... INTERCAMBIO II - NAC  
Médico Solicitante.... Marcio Gomes Ferreira

Data Nasct.. 02/01/1987  
Data: 02/12/2019 16:08:33  
N. Acesso... 777868

**EXAME: RX FÉMUR ESQUERDO**

- Fratura do terço inferior do fêmur esquerdo.

**NOTA:** As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo Médico Radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda (A.G.V.C.).

*Dr Antonio Guzilberto Chianca*  
Dr Antonio Guzilberto Chianca  
CRM 1182

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed** 

João Pessoa

HAUW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271  
CONT: 777913



ESQ

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed** 

João Pessoa

HAUW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271  
CONT: 777915

ESQ

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed**   
João Pessoa

HADW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271  
CONT: 777915

ESQ

Dr. Ocelio Queiroga Cartaxo  
CRM: 469  
Av. Beira Mar  
Cidade Alta  
Cep: 58020-000

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA  
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Paciente.....: Delmir Barbosa Maximiano  
Cód. Atendimento....: 2093034  
Mãe.....  
Convênio.....: INTERCAMBIO II - NAC  
Médico Solicitante....: Jose Gutemberg Cruz De Lima

Data Nasct...: 02/01/1987  
Data: 15/12/2019 16:19:49  
N. Acesso...: 780192

**EXAME: RX PERNA DIREITA**

- 1- Estrutura óssea normal.
- 2- CONTROLE de redução cirúrgica de fratura da tibia proximal direita mostrou procedimento Adequado  
Aumento de partes moles.

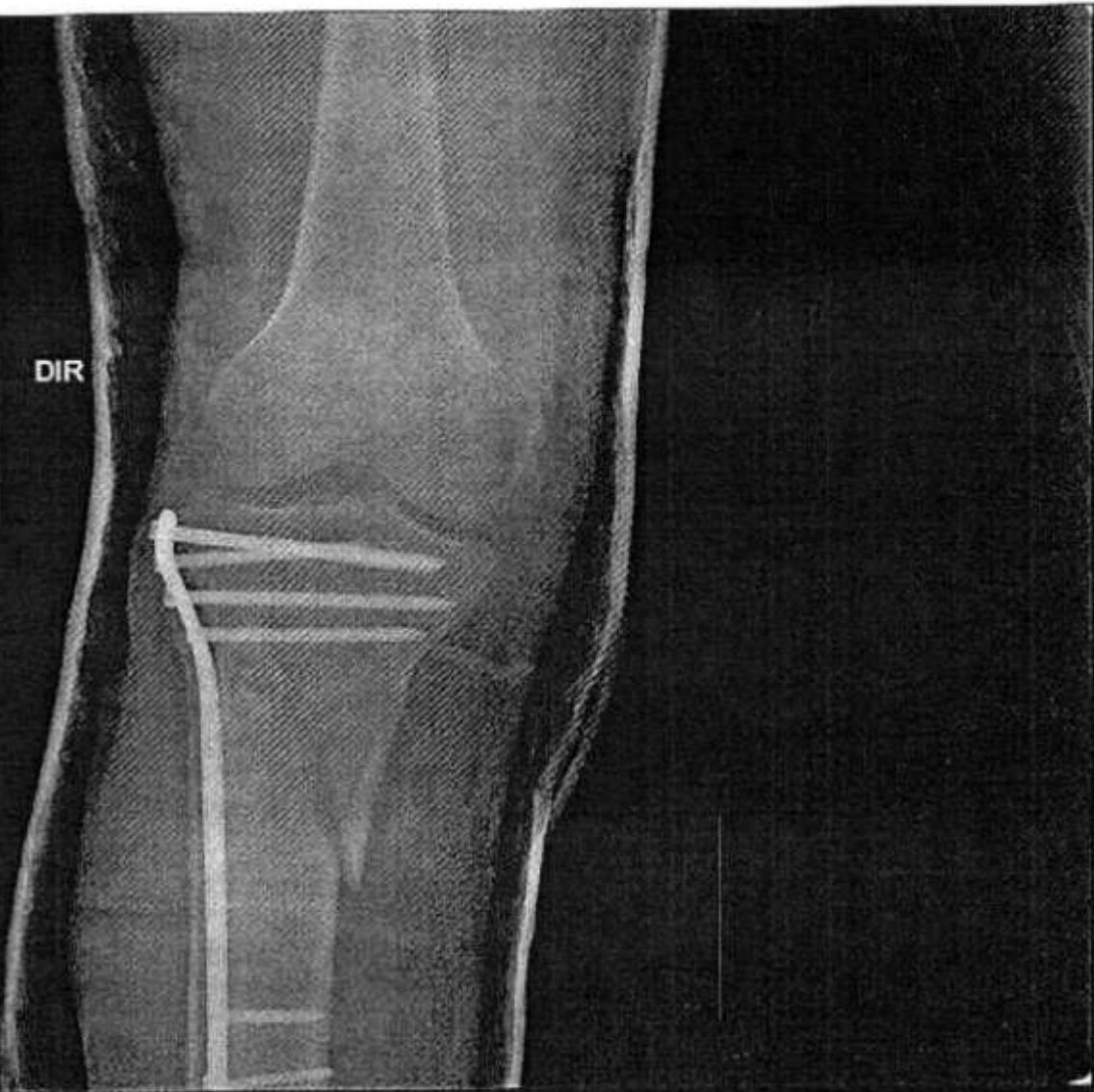
*Ocelio*  
Dr. Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo  
CRM: 469

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed**   
João Pessoa

DATA: UNIMED JP  
DESMIR BARBOSA MAXIMILIANO,  
416114 15/12/2019 15:07 MTEC:  
CONT: 780192 25229

DIR



Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed**   
João Pessoa



Av. Monsenhor Benedito de Almeida  
n° 1450 - Centro CEP 58010-300  
João Pessoa - PB  
(83) 2106-0211

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA**  
**RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Paciente..... Delmir Barbosa Maximiano  
Cód. Atendimento... 2093034  
Mãe.....  
Convênio..... INTERCAMBIO II - NAC  
Médico Solicitante.... Jose Gutemberg Cruz De Lima

Data Nasct...02/01/1987  
Data: 12/12/2019 17:51:35  
N. Acesso...: 779679

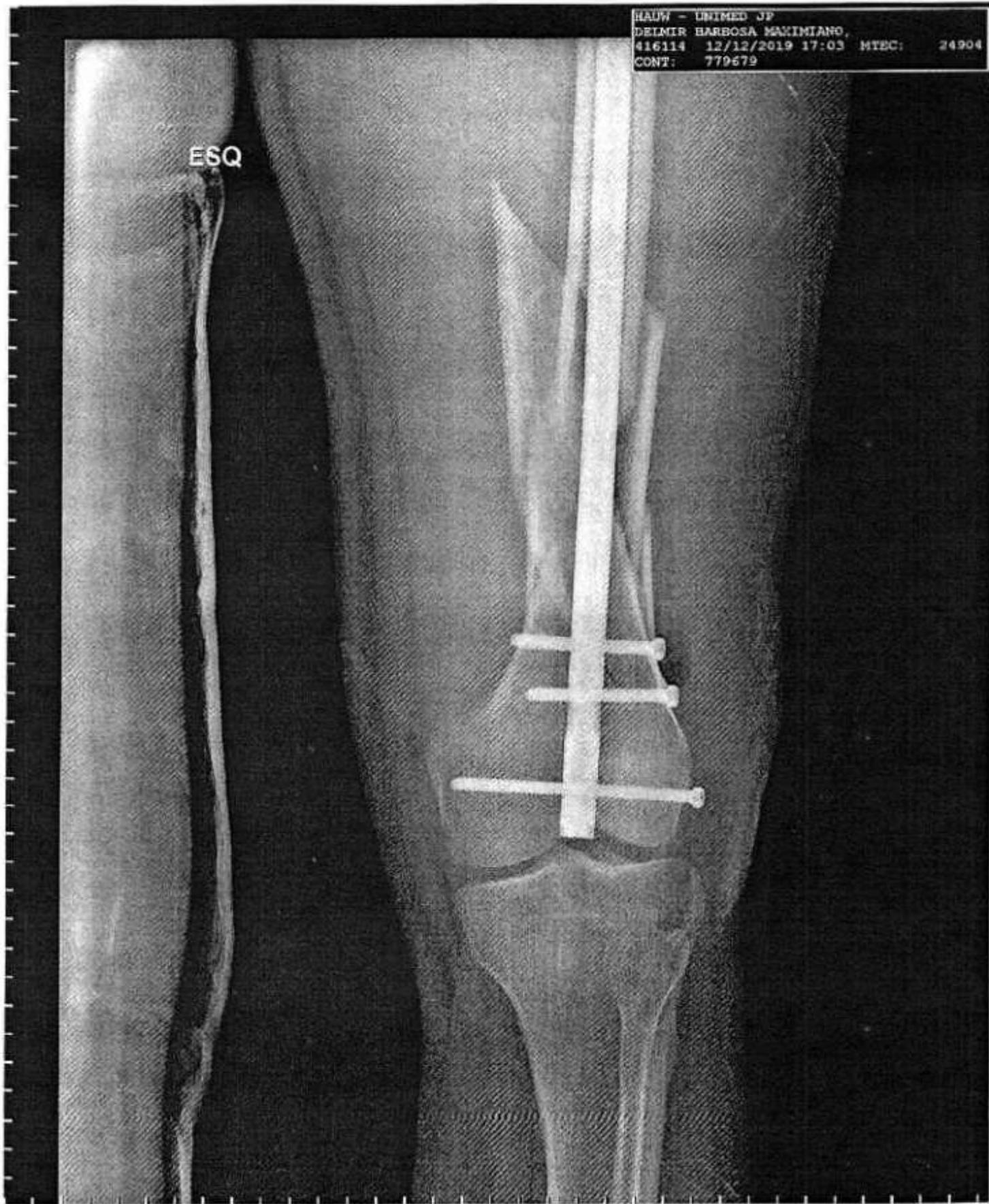
**EXAME: RX JOELHO ESQUERDO**

- Controle pós-operatório de fratura cominutiva do fêmur distal esquerdo.

Dr Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo  
CRM: 469

HAUW - UNIMED JP  
DELNIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 12/12/2019 17:03 MTEC: 24904  
CONT: 779679

ESQ

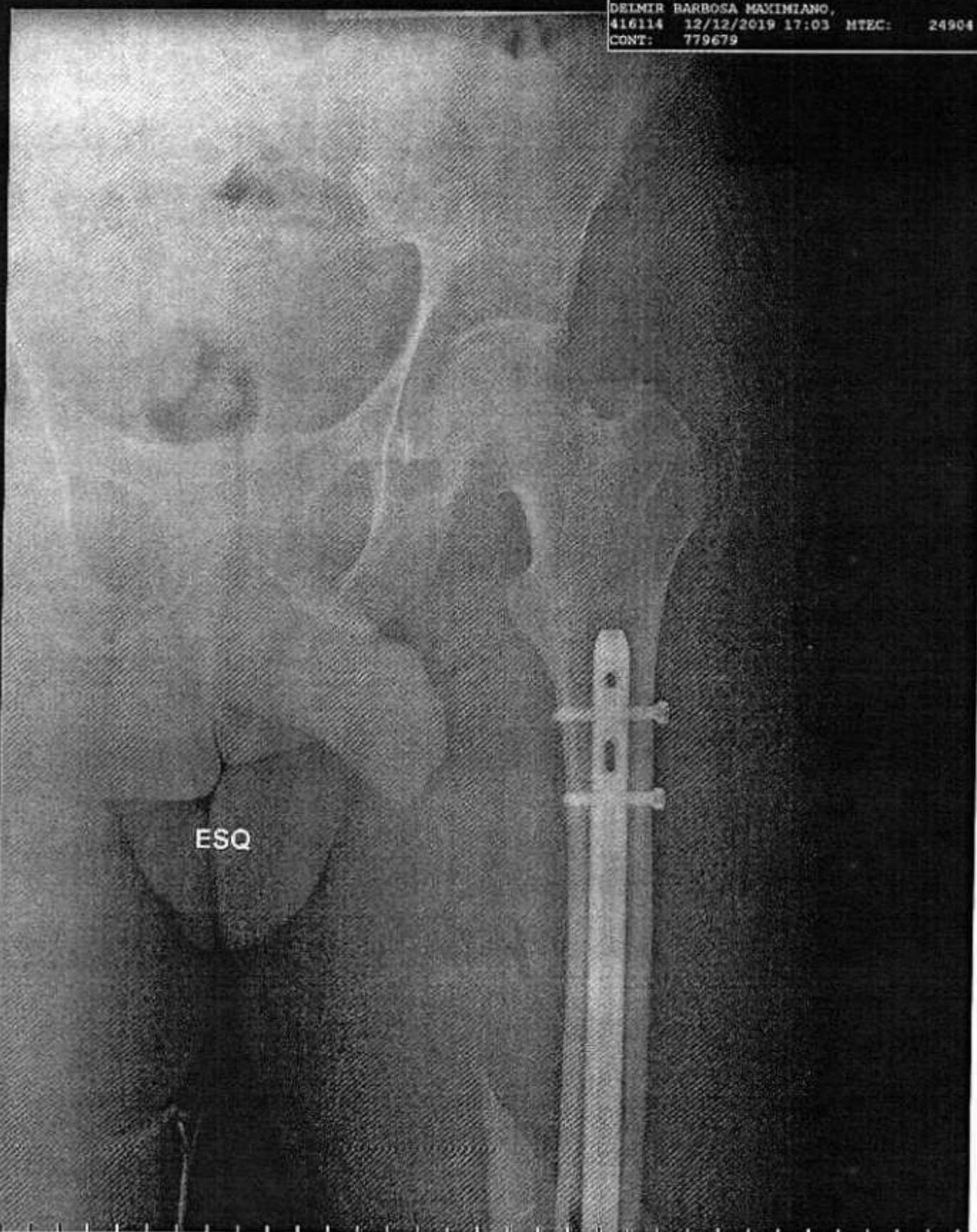


Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed**   
João Pessoa

RAUW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 12/12/2019 17:03 NTEC: 24904  
CONT: 779679

ESQ



Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed** 

João Pessoa

HAUW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271  
CONT: 777915

**ESQ**

An anterior-posterior (AP) X-ray of a human knee joint. The image shows the femur (thigh bone) on the left and the tibia (shin bone) on the right. The knee joint is centered in the middle. The patella (kneecap) is visible at the bottom. The image is in grayscale and has a high level of detail, showing the bone structures and some soft tissue. The background is dark, making the bones stand out.

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed** 

João Pessoa

HAUW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,  
416114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271  
CONT: 777915

ESQ

Hospital Alberto  
Urquiza Wanderley

**Unimed** 

João Pessoa

HDRW - UNIMED JP  
DELMIR BARBOSA MAXIMEANDO,  
416114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271  
CONT: 777915

**ESQ**

CLIENTE: Sr.(a) De la Torre Banderas & Cx /

CLIENTE: Sr. (a)

Até l.  
CID 532  
Pacaré 2019. - de acionar  
te un humor X Sókewal Stokew,  
que estorvo de sôme d'werk.  
un jee 1/3 yeforim concurvi.  
e 1/3 d'ri vi p'el. Steen t'jel  
sau, vui de eur 02/12/2019  
tud off, o. O veem c'nt  
e despoli a t'je d't p'ixato  
com k'nt i'm k'nt u'nde. L'j  
femem f'lera) e h'lico e  
h'rico k'nt i'nt'ica. V'ho.  
Sect. reunião "Xic" do  
V'ho Sectorial d'je 50 enco-  
rte al a p'x. eeu see e  
meda sp'ecoc' f'lera C'nt.  
d'cions li se ges'la-

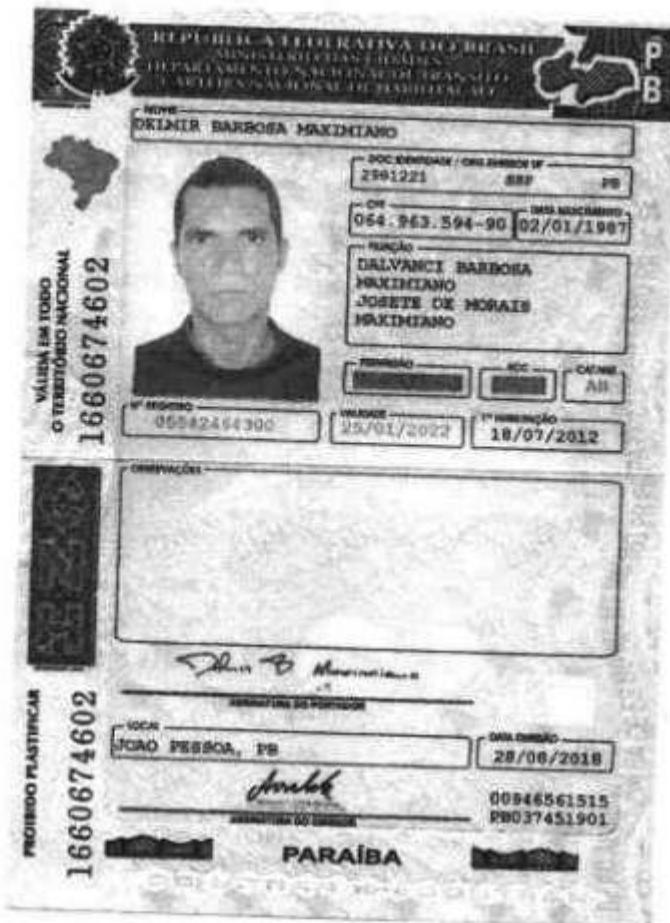
Jr. Mário José Antônio de Almeida (Bela Rio) 1450 - Torre  
Tel.: (83) 32106-0216 Fax: (83) 3201-4350

161-8932105016-FW-83530414359  
CEP: 56040-300 - Centro - Pará  
**ANS N° 32104-4**

Obs. Vistando o condado

10

**ANS N° 32104-4**











GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA - SEFAZ/PB  
GERÊNCIA OPERACIONAL E COBRANÇA DA GEAIF  
AV. JOÃO DA MATA, SN - CENTRO ADMINISTRATIVO, BLOCO IV  
JAGUARIBE, JOÃO PESSOA - PB  
CEP: 58015-020  
FONE: 32184798



#### NOTIFICAÇÃO DE AUTO LANÇAMENTO DO IPVA

NOTIFICAÇÃO N° 00132667/2019

DADOS VEÍCULO

Placa: QSM1040

Chassi: 9IC2MDA100K003136

Renavam: 01177353803

Emissão: 05/02/2020

DADOS CONTRIBUINTE / PROPRIETÁRIO

CPF/CNPJ: 064.963.594-90

NOME/RAZÃO SOCIAL: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Fica o proprietário NOTIFICADO a recolher o crédito tributário, abatendo lançado, até a data do vencimento. Destaque-se que não havendo a regularização do débito em tela, poderão ser adotadas as medidas administrativas e judiciais cabíveis, como ajuizamento de ação de execução fiscal, inscrição nos órgãos de proteção ao crédito e/ou protesto do título em Cartório.

Lançamento Original:

Hora Mínima	Recebido	Data Fazenda	Vencimento	Valor Principal	Valor Juros	Valor Total
4715600791	301	12/2019	30/12/2019	320,00	0,00	320,00
<b>TOTAL DEVAL:</b>				<b>320,00</b>	<b>0,00</b>	<b>320,00</b>

85640000003-5 75650253202-8 00207421658-7 0791031009-0

Demonstrativo de Cálculo do IPVA 2019

IPVA = Valor Bens Da Classe + Alíquota	
Valor Bens da Classe	13.152,80
Valor Alíquota	2,40
Valor IPVA	320,00

ITEM DIRETRIZ MUNICIPAL DELEI ART. 36/23  
CLIENTE: 050694 LOURDES, P. M. B. 0053  
05-10-2019 BANCO DO BRASIL 091-81-43  
32775675 CORR. SPOKE LINE BANCARIO 0077  
DIFER. VENDE PAGAMENTO CUR. COO. BANCO  
CONHECIDO: SER. IPVA  
ESCRITÓRIO: SICOBO/CBZ/02 86267421586  
NR. DOCUMENTO: 20.462-833  
NR. CONTRATO: 110.594-6  
DATA LIG PAGAMENTO: 06/02/2020  
VLR. AO PAGAMENTO: 376,65  
NR. AUTENTICAÇÃO: 6344.054-205.956.678



## DETRAN-PB Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba

--- Inadimir Bolotos ---

## DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS Usuário

CPF/CNPJ	NossoNúmero
06496359490	202002050049243
Data Vencimento	
28/02/2020	190,01
11:41:16	
	Multas:
154,53	
23,18	
12,30	

Descrição das Detalhes:  
LICENCIAMENTO 2020  
BOMBEIRO 2020  
SEG. OBRIGATÓRIO 2020

ITEM: DOMINGOS ATÉ MEIA NOITE 38622  
CÓDIGO: 6496359490 DOCUMENTOS: 002002050049243  
06/02/2020 BEMCO DO BRASIL 801-38142  
32775175 DOCUMENTOS: BANCOCRED 8075  
DOCUMENTO: LICENCIAMENTO CON CPO. NOME:

CONTEÚDO: DETRAN PB

RECADO:

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**SINISTRO 3200042885 - Resultado de consulta por  
beneficiário**

VÍTIMA DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIARIO DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

CPF/CNPJ: 06496359490

Posição em 27-01-2020 10:56:33

O pedido de indenização do Seguro DPVAT está em fase de cadastramento. A documentação está a caminho da digitalizadora e depois será analisada pela equipe técnica da seguradora.

O prazo regulamentar para conclusão da análise é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando o processo neste site.

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Delmir Barbosa Maximiano

NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: casado

PROFISSAO: Advogado N° DO RG: 05542464300

ÓRGÃO EMISSOR: Delegacia de Polícia - PB DATA DE EMISSÃO: 28/08/2018

Nº CPF: 064 967 594-90 ENDEREÇO: Desembargador Mendes

Taigy Queiroz Mello Filho, 133, Alto do Matem, CEP: 58090-230  
João Pessoa - PB

**OUTORGADO:** Thais Emmanueli Mineiro Cardoso

NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: divorciada

PROFISSAO: Estudante N° DO RG: 2631164/59P/PB - 04279615

ÓRGÃO EMISSOR: Delegacia de Polícia - PB DATA DE EMISSÃO: 05/01/2018

Nº CPF: 056 331 454-08 ENDEREÇO: Rua Suzana Andrade,

s/n, Cristo Redentor, CEP: 58071-530, João Pessoa - PB

**PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Delmir Barbosa Maximiano, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa

.09 de Janeiro

de 2020

Cartório Azevêdo Bastos

Delmir Barbosa Maximiano

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

E TABELOMATO DE NOTAS - Código CNJ 96.870-0

Rua Presidente Tancredo Neves 1011 - Centro - João Pessoa/PB - CEP 58010-000 - www.cartorioazevedobastos.com.br - Tel.: (83) 3241-1941 - Fax: (83) 3241-1942

Reconheço por Autenticidade a assinatura de:

DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

e qual conste com o pacto registrado nessa escritura, dou-me

João Pessoa, nove de Janeiro de dois mil e vinte e

e seis (9) anos de idade, de acordo com a verdade.

Lançado Pelo Oficial de Alvará: Encravento - (Qd. T. Total. 13.08)

Selo Digital de Fiscalização: Tipo AJP26800-9CC9

Confira os dados do seu em: <https://selodigital.tjpb.gov.br>



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Delmir Barbosa Maximiano

NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: casado

PROFISSAO: Advogado N° DO RG: 05542464300

ÓRGÃO EMISSOR: Delegacia de Polícia Civil PB DATA DE EMISSÃO: 28/08/2018

Nº CPF: 064 967 594-90 ENDEREÇO: Desembargador Mendes

Taigy Queiroz Mello Filho, 133, Alto do Matonez, CEP: 58090-230  
João Pessoa - PB

**OUTORGADO:** Thais Emmanueli Mineiro Cardoso

NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: divorciada

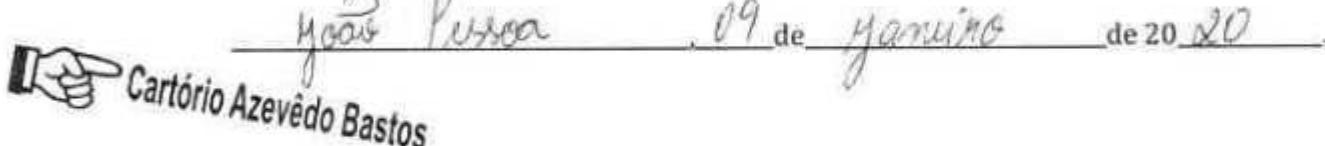
PROFISSAO: Estudante N° DO RG: 2631164/59P/PB - 04279615

ÓRGÃO EMISSOR: Delegacia de Polícia Civil PB DATA DE EMISSÃO: 05/01/2018

Nº CPF: 056 334 554-08 ENDEREÇO: Rua Suzana Andrade,  
nº 1500, Cristo Redentor, CEP: 58071-530, João Pessoa - PB

### **PODERES:**

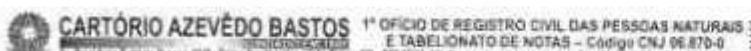
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Delmir Barbosa Maximiano, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Cartório Azevêdo Bastos

Delmir Barbosa Maximiano

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CARTÓRIO AZEVÉDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELOONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0

Reconheço por Autenticidade a assinatura de:  
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

e qual conste com o pacto registrado nessa escritório, dia 09

João Pessoa, nove de Janeiro de dois mil e vinte e

em Teste da verdade

Lançado Pelo Oficina de Almoxarife: Escrivania - Qd. T. Total: 13 081

Selo Digital de Fiscalização: Tipo AJP26800-9CC9

Confira os dados do seu em: <https://selodigital.tpb.gov.br>



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055950/20

**Vítima:** DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

**CPF:** 064.963.594-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/12/2019

**Titular do CPF:** DELMIR BARBOSA  
MAXIMIANO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO : 056.331.454-02

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

### DELMIR BARBOSA MAXIMIANO : 064.963.594-90

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](http://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: 11/02/2020  
Nome: THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO  
CPF: 056.331.454-02

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036068/20

**Vítima:** DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

**CPF:** 064.963.594-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/12/2019

**Titular do CPF:** DELMIR BARBOSA  
MAXIMIANO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO : 056.331.454-02

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

### DELMIR BARBOSA MAXIMIANO : 064.963.594-90

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](http://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: 27/01/2020  
Nome: THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO  
CPF: 056.331.454-02

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA