

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
 3 - CPS da vítima: 064 963 594-90
 4 - Nome completo da vítima: Delmir Barbosa Maximiano

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

5 - Nome completo: Delmir Barbosa Maximiano
 6 - CPF: 064.963.594-90
 7 - Profissão: Recebeu-se Rua Desembargador Manoel Teófilo
 8 - Número: 133
 9 - Complemento:
 10 - Bairro: Alto de Mathews
 11 - Cidade: Joca Pessoa
 12 - Estado: PB
 13 - CEP: 58090-232
 14 - E-mail: (83) 98872-9070

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
 18 - CPF do Representante Legal:
 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção):
 ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
 ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 ☒ CONTA CORRENTE (Somente em bancos):
 Nome do BANCO: Bradesco
 AGÊNCIA: 2108
 CONTA: 0058 928

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada; concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima:
 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:
 30 - Vítima deixou sustentadores? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tenha irmãos, informar Vivos:
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
 3 - CPS da vítima: 064 963 594-90
 4 - Nome completo da vítima: Delmir Barbosa Maximiano

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

5 - Nome completo: Delmir Barbosa Maximiano
 6 - CPF: 064.963.594-90
 7 - Profissão: Engenheiro
 8 - Número: 133
 9 - Complemento:
 10 - Bairro: Alto de Mathews
 11 - Cidade: Joca Pessoa
 12 - Estado: PB
 13 - CEP: 58090-232
 14 - E-mail: (83) 98872-9070

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
 18 - CPF do Representante Legal:
 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção):
 ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
 ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 ☒ CONTA CORRENTE (Somente em bancos):
 Nome do BANCO: Bradesco
 AGÊNCIA: 2108
 CONTA: 0058 928
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada; concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima:
 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:
 30 - Vítima deixou sustentadores? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tenha irmãos, informar Vivos:
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se alfabetizado):
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:
 38 - 1ª Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha:
 39 - 2ª Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Delmir Barbosa Maximiano

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



POLÍCIA 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

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

CONDUTOR 01

Nome Jonatas Oliveira Silva	Sexo Masculino	Nascimento 23/01/1997	RG 2615494 - RN
Endereço Rua: das Jaqueiras nº 15 – Pau Brasil - São José do Mipibú / RN– Tel.(084)99400-0760			
1ª Habilitação 24/11/2015	Categoria AD	Registro CNH N.º 06512046696	U.F. RN
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 31/07/2023	Usava cinto Sim	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim(0,00mg/l)		Destino do Condutor Liberado no Local	

VEÍCULO 01

Marca/Modelo VW / 24. 250 CLC	Espécie Caminhão	Placa OJR 7936	Categoria Aluguel	Município Macaíba	U.F. RN
Nome do Proprietário IM AGRO INDUSTRIA DE FRUTAS E DERIVADOS - LTDA					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014529065956	Renavan N.º 0048125458-7	Data da Emissão 04/06/2019		
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 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

Nome Delmir Barbosa Maximiano	Sexo Masculino	Nascimento 02/01/1987	RG 2981221/PB
Endereço Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n.º 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB – Tel.(083)988118076			
1ª Habilitação 09/03/2012	Categoria AB	Registro CNH N.º 05542464300	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 25/01/2022	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado		Destino do Condutor Socorrido ao Hospital de Trauma	

VEÍCULO 02

Marca/Modelo HONDA / XRE 190	Espécie Motocicleta	Placa QSM 1040	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Delmir Barbosa Maximiano					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014355363453	Renavan N.º 0117735380-3	Data da Emissão 04/01/2019		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

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.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/2019
ASSINATURA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRâNSITO - BOAT Nº 0847 /2019

VÍTIMA 01

Nome Delmir Barbosa Maximiano	Sexo Masculino	Nascimento 02/01/1987	Viajava no Veículo Nº 02
Endereço Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n º 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB			
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	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 constatado 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.

DATA, HORA 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





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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

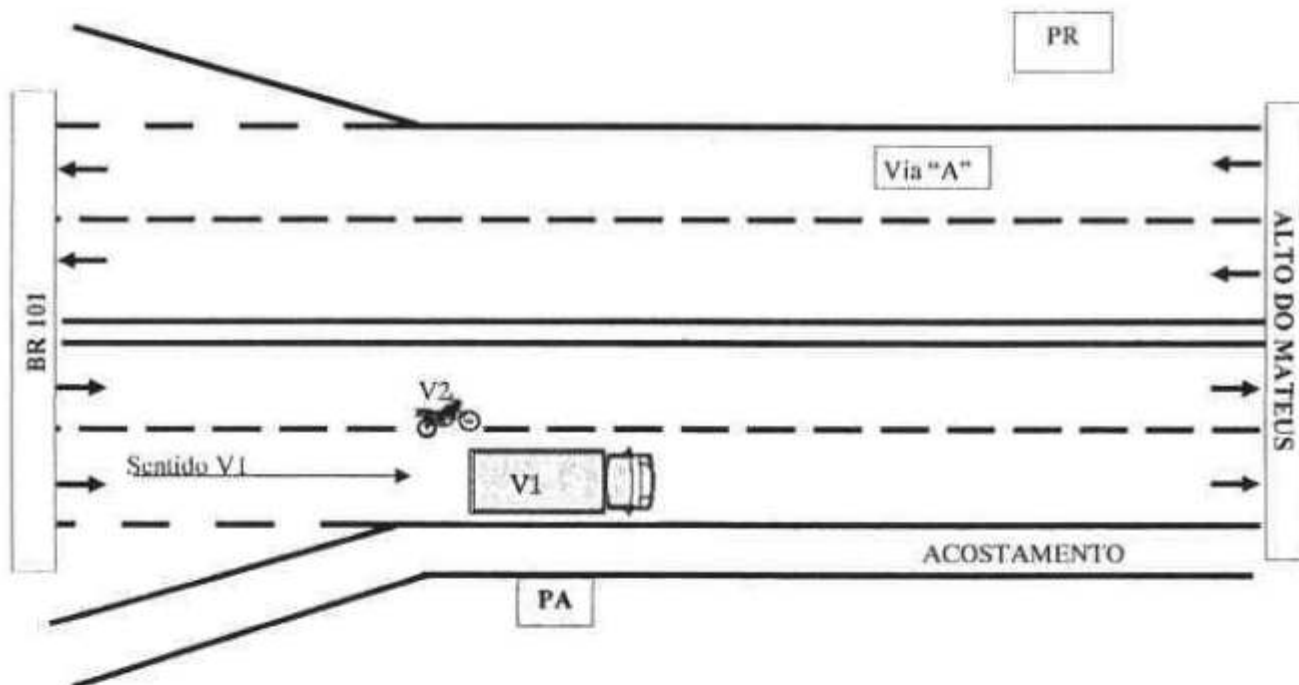
VIA "A" - Avenida Gen. Aurélio de Lyra Tavares 20,00metros

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 ORDEM E ESCALA

AVARIAS



V1



V2

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 23/12/19

ASSINATURA

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM
Responsável pelo Levantamento

EM BRANCO



POLÍCIA 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: VW / 24. 250 CLC Placa: OJR 7936 / RN Responsável pelo Preenchimento: CB JONAS Data: 02/12/2019

CAMINHÃO, CAMINHÃO TRATOR, REBOQUE E SEMIREBOQUE

AVARIAS NO ACIDENTE

tem	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

ASSINAR

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

DANOS NO V2

Marca/Modelo: HONDA / XRE 190	Placa: QSM 1040	Responsável pelo Preenchimento: CB JONAS	Data: 02/12/2019
---	---------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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 (tríciclos)		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

SATILHAI DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/19
Assinatura: 



POLÍCIA 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



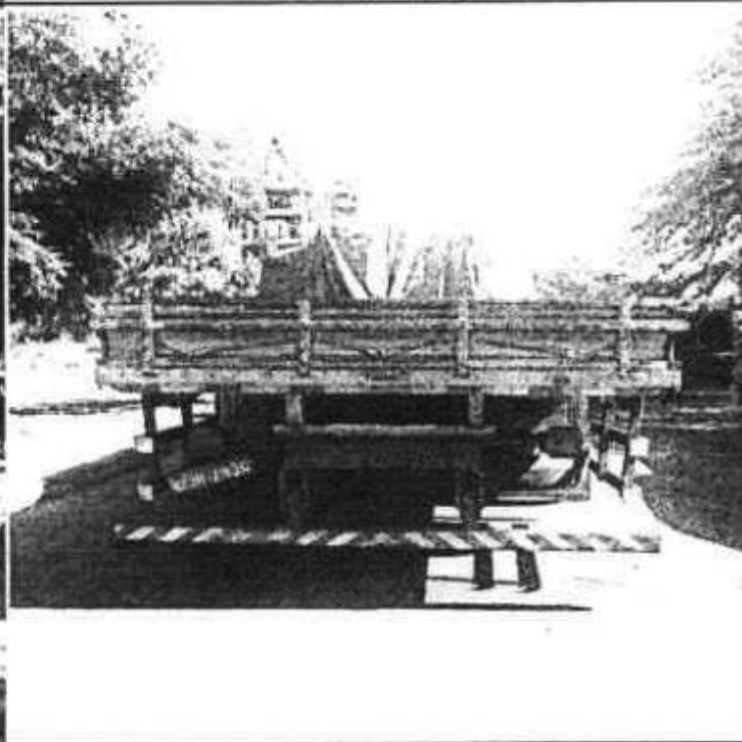
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0847/ 2019

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



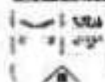
BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/19

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPRM)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - RÔAT

BPTem

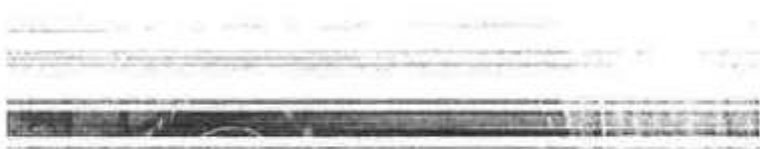


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0847/ 2019

FOTOS DO V2

ACIDENTE (V2)

PR. LOCAL (V2)
INVESTIGADA (V2)



Jonas Paulo de S. Santos C.R. 000



POLÍCIA 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

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

CONDUTOR 01

Nome Jonatas Oliveira Silva	Sexo Masculino	Nascimento 23/01/1997	RG 2615494 - RN
Endereço Rua: das Jaqueiras nº 15 – Pau Brasil - São José do Mipibú / RN– Tel.(084)99400-0760			
1ª Habilitação 24/11/2015	Categoria AD	Registro CNH N.º 06512046696	U.F. RN
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 31/07/2023	Usava cinto Sim	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim(0,00mg/l)		Destino do Condutor Liberado no Local	

VEÍCULO 01

Marca/Modelo VW / 24. 250 CLC	Espécie Caminhão	Placa OJR 7936	Categoria Aluguel	Município Macaíba	U.F. RN
Nome do Proprietário IM AGRO INDUSTRIA DE FRUTAS E DERIVADOS - LTDA					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014529065956	Renavan N.º 0048125458-7	Data da Emissão 04/06/2019		
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 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

Nome Delmir Barbosa Maximiano	Sexo Masculino	Nascimento 02/01/1987	RG 2981221/PB
Endereço Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros nº 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB – Tel.(083)988118076			
1ª Habilitação 09/03/2012	Categoria AB	Registro CNH N.º 05542464300	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 25/01/2022	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado		Destino do Condutor Socorrido ao Hospital de Trauma	

VEÍCULO 02

Marca/Modelo HONDA / XRE 190	Espécie Motocicleta	Placa QSM 1040	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Delmir Barbosa Maximiano					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014355363453	Renavan N.º 0117735380-3	Data da Emissão 04/01/2019		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

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.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/2019
ASSINATURA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRâNSITO - BOAT Nº 0847 /2019

VÍTIMA 01

Nome Delmir Barbosa Maximiano	Sexo Masculino	Nascimento 02/01/1987	Viajava no Veículo Nº 02
Endereço Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n º 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB			
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	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 constatado 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.

DATA, HORA 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





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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

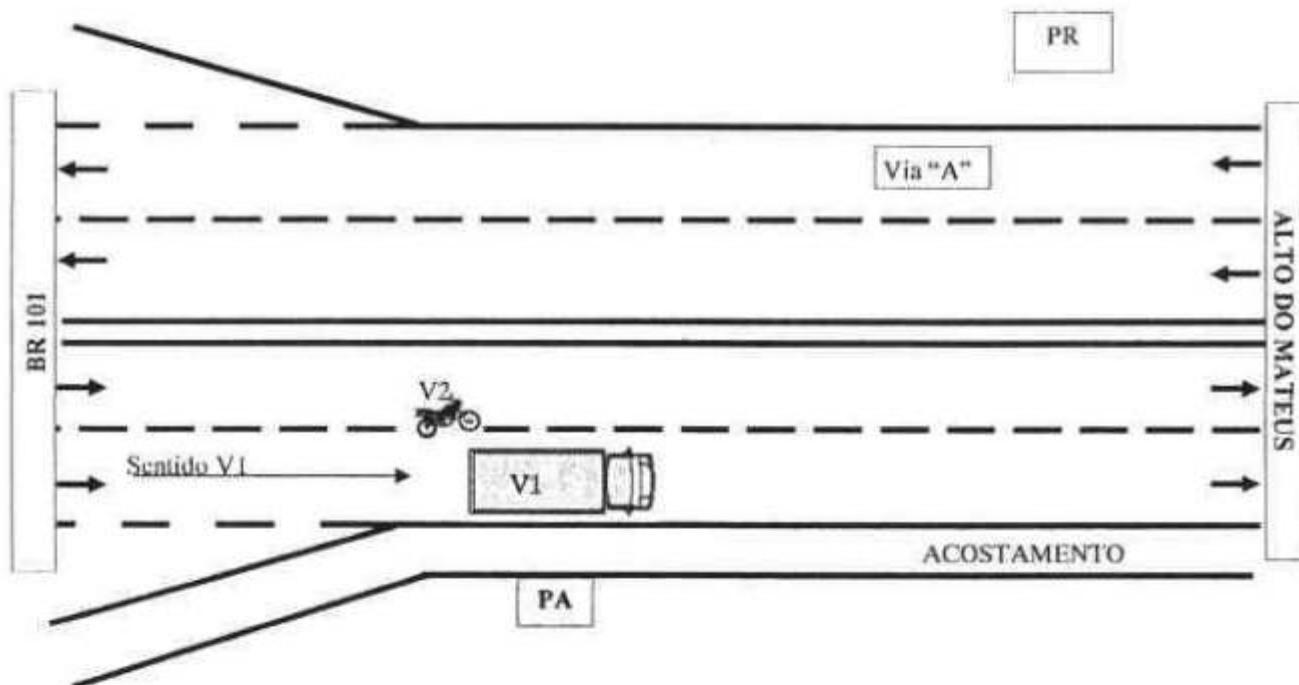
VIA "A" - Avenida Gen. Aurélio de Lyra Tavares 20,00metros

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 ORDEM E ESCALA

AVARIAS



V1



V2

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 23/12/19

ASSINATURA

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM
Responsável pelo Levantamento

EM BRANCO



POLÍCIA 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: VW / 24. 250 CLC Placa: OJR 7936 / RN Responsável pelo Preenchimento: CB JONAS Data: 02/12/2019

CAMINHÃO, CAMINHÃO TRATOR, REBOQUE E SEMIREBOQUE

AVARIAS NO ACIDENTE

tem	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 Montagem.

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

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

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

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

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

Observações: DANO DE PEQUENA MONTAGEM

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

ASSINAR

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

DANOS NO V2

Marca/Modelo: HONDA / XRE 190	Placa: QSM 1040	Responsável pelo Preenchimento: CB JONAS	Data: 02/12/2019
---	---------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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 (tríciclos)		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

SATILHAI DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/19
Assinatura: 



POLÍCIA 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



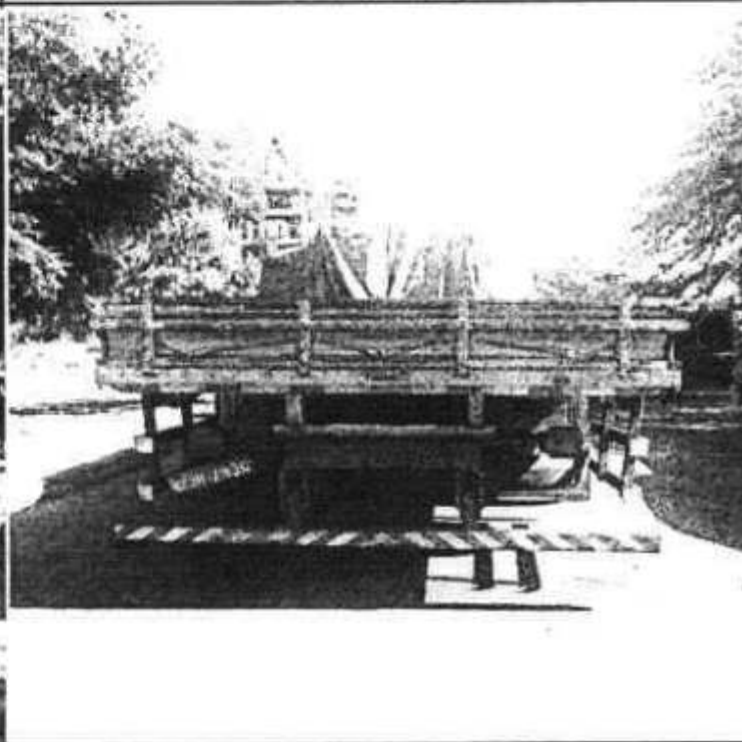
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0847/ 2019

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



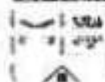
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/19

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPRM)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - RÔAT

BPTem

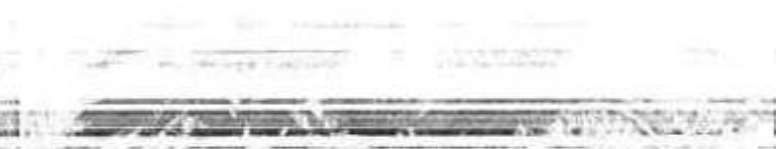
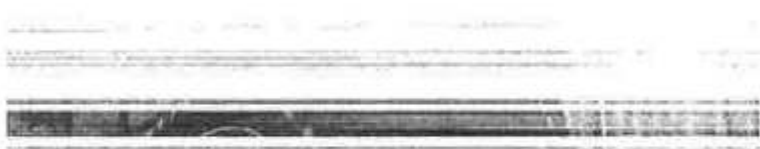


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0847/ 2019

FOTOS DO V2

ACIDENTE (V2)

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE (V2)



Jonas Paulo de S. Santos C.R. 000

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
 3 - CPS da vítima: 064 963 594-90
 4 - Nome completo da vítima: Delmir Barbosa Maximiano

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

5 - Nome completo: Delmir Barbosa Maximiano
 6 - CPF: 064.963.594-90
 7 - Profissão: Engenheiro
 8 - Número: 133
 9 - Complemento:
 10 - Bairro: Alto de Mathews
 11 - Cidade: Joca Pessoa
 12 - Estado: PB
 13 - CEP: 58090-232
 14 - E-mail: (83) 98872-9070

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
 18 - CPF do Representante Legal:
 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção):
 ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
 ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 ☒ CONTA CORRENTE (Somente em bancos):
 Nome do BANCO: Bradesco
 AGÊNCIA: 2108
 CONTA: 0058 928

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada; concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima:
 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:
 30 - Vítima deixou sustentadores? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tenha irmãos, informar Vivos:
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se alfabetizado):
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:
 38 - 1ª Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha:
 39 - 2ª Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:
 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)

Dolores Barbosa Alexi
marcos.

Atsbl CID 572
582

Paciente vítima de acidente no trânsito sofreu fratura de osso de fêmur direito no seu 1/3 superior comunitário. 1/3 distal do fêmur está com unido em 02/12/2019 tendo ocorrido o seu exame e depois a fratura distal fixado com haste intramedular, fêmur (Eva) e placa e parafusos na tibia. Apto.

Dr. José Guimaraes, M.D. Unimed - Américo de Almeida (Bara Roj), 1450 - Torre
Tel: (83) 2106-0216 - Fax: (83) 3241-4359
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

Obs.: Voltando à consulta
quarta trazer esta receita

CPM - 1738

ANS Nº 32104-4

COO 500

10/01/2019

CLIENTE: Sr.(a)

Senti neuropatia do
braço direito e se movi-
to de apto em seu
reapareceu seu con-
dição de se desloca-
di esse processo
período de 15 dias para
este processo. S.O. de
de amparar por pessoal
de 04/12/2019) mesmo
partir do dia de 02/12/2019

Dr. José Guimaraes, M.D. Unimed - Américo de Almeida (Bara Roj), 1450 - Torre
Tel: (83) 2106-0216 - Fax: (83) 3241-4359
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

Obs.: Voltando à consulta
quarta trazer esta receita

CPM - 1738

ANS Nº 32104-4

COO 500

10/01/2019

CLIENTE: S/

CLIENTE: Sr. (a) De la Cruz Barboza Alex
Uribe

Ats L. l

Parente vitor, se accep-
te un haurit Sopend biker,
for esset de fone directe
un seu $\frac{1}{3}$ superior conuincit.
e $\frac{1}{3}$ qvse de fene est
conuincit en 02/2/2019
tend opend a fene est
e de fone a fene DT fixado
conuincit en fene de
fene (Eva) e fene e
haurit en fene. fene.

Dr. José Guillelmo y C. Sde Unión y Lda
 Calle Unión y Lda, No. 1450 - Torre
 de Alameda, Alameda de Alameda
 Tel. (80) 2106 0216 - Fax (80) 4359
 CEP 58040 201 - Juan Boscato - Panamá
 Especialista Artroplastia Total

Obs.: Voltando à consulta
 O sistema é atualizado automaticamente.

0000 0000

© 1999 ASPM. Journal of Animal Ecology, 68, 103–111

Hospital
Unimed
João Pessoa

Unimed	ft
--------	----

Cooperativa de Trabalho Médico

CLIENTE: Sr.(a)

Senti nervi, fricciolo
Artrite e se un
Te alle arti e un
neofasciati
dicono di se
di cose
perico
arte
di
di 04/12/2019

6102/21/20-21

Av. Ministro José Américo de Almeida (Bela Rio), 1450, Torre
Tel 183-2106/2176 Fax (R3) 3241 4355
CNP 50040 300 João Pessoa Paraíba

Obs.: Voltando à consulta
outra criança está sendo

0000-0001-9300-4000

• *IT'S ABOUT THE PEOPLE*

ANS N° 32104-4



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Côrte, 320 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.016-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

1371681

REFERENCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.011.410.0055.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16NIPB353	01/10/2016	EXT MUA OBLIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
291		298		7		30
						11/01/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
NOV/2019		10		PARÂMETROS		EXIG. ANÁLIS. CONFORMES
OUT/2019		8		TURBIDEZ		268 288 279
SET/2019		8		CLORO		268 288 288
AGO/2019		9		COL. TÊRMOT		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

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	7 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

04/01/2020

Total a Pagar:

R\$ 68,24



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

Autenticação mecânica

Intermediado por:

ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20

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 10/01/2020	Nº documento 010001382161 6	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 10/01/2020	Nosso número 010001382161 6
Carteira 101	Espécie 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	Cód. baixa
---	------------

Sacador Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cyrne, 320 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.016-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

1371681

REFERENCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.011.410.0055.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16NIPB353	01/10/2016	EXT MUA OBLIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
291		298		7		30 11/01/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
NOV/2019		10		PARÂMETROS		EXIG. ANÁLIS. CONFORMES
OUT/2019		8		TURBIDEZ		268 288 279
SET/2019		8		CLORO		268 288 288
AGO/2019		9		COL. TÊRMOT		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

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	7 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

04/01/2020

Total a Pagar:

R\$ 68,24



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

Autenticação mecânica

Intermediado por:

ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20

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 10/01/2020	Nº documento 010001382161 6	Espécie doc. DM	Acerto N	Data processamento 10/01/2020	Nosso número 010001382161 6
Carteira 101	Espécie 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	Cód. baixa
--	------------

Sacador Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thais Emanuelle Meneses Cardoso inscrito (a) no CPE/CNPJ 056.331.454/02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Delmir Barbosa Maximiano inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.963.594/90 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Delmir Barbosa Maximiano, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Luzia Pedrosa</u>		Número <u>1500</u>	Complemento
Bairro <u>Custo Redentor</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58071-530</u>
Email <u>thaisleticia096@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(83)98872-9070</u>

João Pessoa, 24 de Março de 2020
Local e Data

Thais Emanuelle Meneses 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thais Emanuelle Meneses Cardoso inscrito (a) no CPE/CNPJ 056.331.454/02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Delmir Barbosa Maximiano inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.963.594/90 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Delmir Barbosa Maximiano, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Luzia Pedrosa</u>		Número <u>1500</u>	Complemento
Bairro <u>Custo Redentor</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58071-530</u>
Email <u>thaisleticia096@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(83)98872-9070</u>

João Pessoa, 24 de Março de 2020
Local e Data

Thais Emanuelle Meneses Cardoso
Assinatura do Declarante


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

Hospital Alberto
Urquiza Wanderley

Unimed

João Pessoa



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

DIR

Hospital Alberto
Urquiza Wanderley

Unimed

João Pessoa



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

DIR


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

Hospital Alberto
Urquiza Wanderley

Unimed
João Pessoa



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

ESQ



Hospital Alberto
Urquiza Wanderley

Unimed

João Pessoa



HAUW - 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 cirurgica de fratura complexa na tibia proximal


Dr Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo
CRM: 469

Hospital Alberto
Urquiza Wanderley

Unimed

João Pessoa



DIR

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

Hospital Alberto
Urquiza Wanderley

Unimed 
João Pessoa

DIR



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

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 FÊMUR 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 Guálberto 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: 777915

ESQ

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,
#16114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271
CONT: 777915

ESQ


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

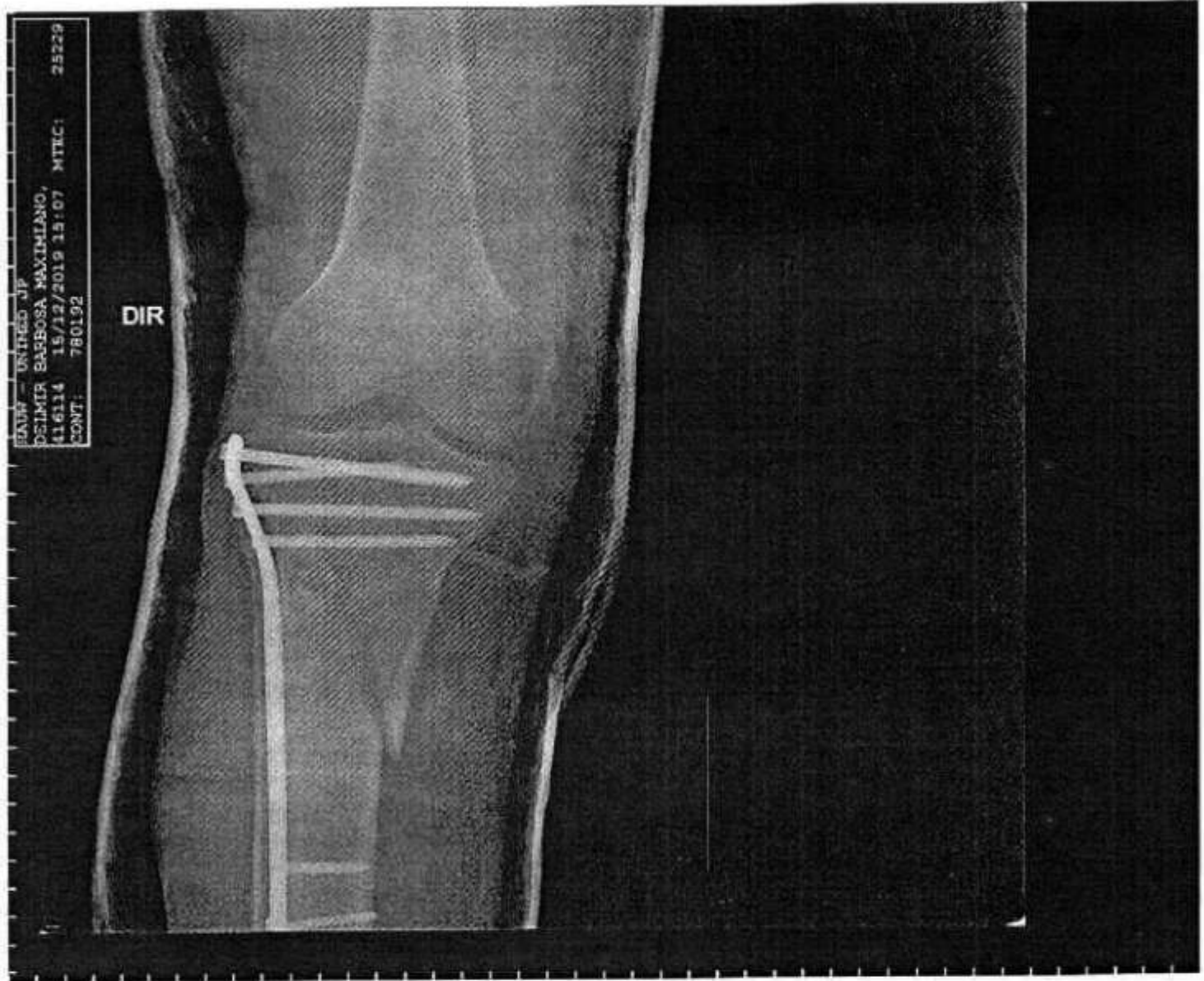
Paciente.....: Delmir Barbosa Maximiano
Cód. Atendimento.....: 2093034
Mãe.....:
Convênio.....: INTERCAMBIO II - NAC
Médico Solicitante.....: Jose Gutemberg Cruz De Lima

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

EXAME: RX PERNA DIREITA

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


Dr. Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo
CRM: 469



Hospital Alberto
Urquiza Wanderley

Unimed 
João Pessoa



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

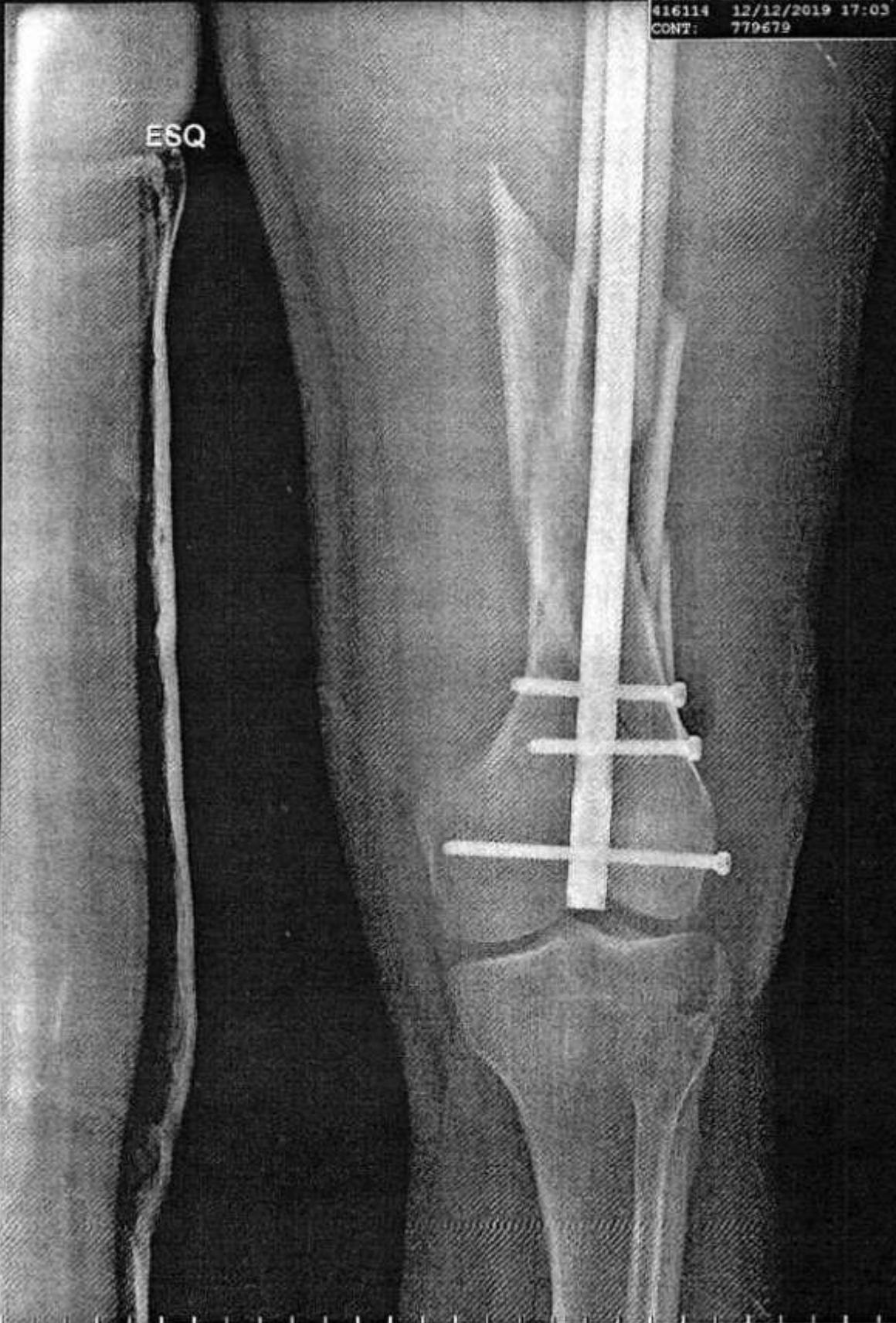
Data Nasct...02/01/1987
Data: 12/12/2019 17:51:35
N. Acesso.... 779679

EXAME: RX JOELHO ESQUERDO

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

Dr Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo
CRM 469

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



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

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

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

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

ESQ

CLIENTE: Sr.(a)

Deleuz Barbosa Alexi
marcos.

Ats. L CID 572
582

Paciente vítima de acidente no trânsito sofreu fratura do osso da perna direita no seu 1/3 superior comunit. e 1/3 distal da fêmur exp. com unido em 02/12/2019 tendo operado o fêmur exp. e depois a tibia distal fixado com haste intramedular, fêmur (Eva) e placa e parafusos na tibia. Apo.

Dr. José Guimaraes, M.D. Unimed - Américo de Almeida (Bara Roj), 1450 - Torre
Tel: (83) 2106-0216 - Fax: (83) 3241-4359
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

Obs.: Voltando à consulta
quarta trazer esta receita

COO 500

Dr. José Guimaraes, M.D. Unimed - Américo de Almeida (Bara Roj), 1450 - Torre
Tel: (83) 2106-0216 - Fax: (83) 3241-4359
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

Obs.: Voltando à consulta
quarta trazer esta receita

COO 500

CLIENTE: Sr.(a)

Senti neuropatia do
braço direito e se movi-
to de apt. em seu
reapareceu seu cor-
dão de se desloca-
di com pro. 17 e
pericce neuropia pro-
nte neuropia distal de
de ampar por peroneo-
de 04/queixas) me de-
parar der. de de eber,
J R- 02/12/2019

Dr. José Guimaraes, M.D. Unimed - Américo de Almeida (Bara Roj), 1450 - Torre
Tel: (83) 2106-0216 - Fax: (83) 3241-4359
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

Obs.: Voltando à consulta
quarta trazer esta receita

COO 500

Dr. José Guimaraes, M.D. Unimed - Américo de Almeida (Bara Roj), 1450 - Torre
Tel: (83) 2106-0216 - Fax: (83) 3241-4359
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

Obs.: Voltando à consulta
quarta trazer esta receita

COO 500

ANS N° 32104-4

100 ANS 000 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		P B
NOME DELMIR BARROSA MAXIMIANO		
	DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. Nº 2501221 SER PB	
	CPF 054.963.594-90 DATA NASCIMENTO 02/01/1987	
	NÚCLEO DALVANCEI BARROSA MAXIMIANO JOSETE DE MORAIS MAXIMIANO	
	SEXO RAC CAT. NAC. M B BR	
Nº REGISTRO 05582464300		VALIDADE 25/01/2022
		1ª EMISSÃO 18/07/2012
OBRIGADO		
		
ASSINATURA DO TITULAR		
LOCAL JOAO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO 28/08/2018
		00946561515 RPO37451901
ASSINATURA DO TITULAR		
PARAÍBA		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660674602

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660674602

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
AUTORES NAC. MINIST. DE TRANSPORTES

TRACIS EDUARDES MONTEZ CARDOSO

2331198 97 98

056 722 604 72 22/05/1984

TRACIS

JORG CARDOSO DA SILVA
FILHO
AGUIA MARIA MONTEZ
CARDOSO

0127961272

53/01/2023 22/01/2028

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1631797943

PROTEÇÃO PLÁSTICA

1631797943

Ass. Especial de Apoio Cível

056 722 604 72 22/05/1984

056 722 604 72 22/05/1984

PARAIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
ARQUIVO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

TRACIS EDUARDES MONTEZ CARDOSO

2331198 97 98

056 722 604 72 22/05/1984

TRACIS

JORG CARDOSO DA SILVA
FILHO
AGUIA MARIA MONTEZ
CARDOSO

0127961272

53/01/2023 22/01/2028

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1631797943

PARAIBA

6710555511
78031016741

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

Nº 014355363453

DETALHES DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0117735380-3 00/00000000 2018

DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

CPF (CNPJ)

06496359490

QSM1040/PB

PLACA ANT/V

NOVO

PB

9C2MD4100KR003136

ESP/DE TIPO

PAS/MOTOCICLE/MAO APLIC

ALCO/GASOL

MARKA/MODELO

HONDA/XRE 190

2018

2019

CAP/POTE

2 P/184 /C1

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

EXC/PLVA

PRECE/MULT/COFIN

3

PREMIO INSCRIÇÃO (R\$) 0,00

PREMIO TOTAL (R\$)

02/01/2019

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

LOCAL

JOAO PESSOA-PB

04/01/2019

99999999

7003781

PB Nº 014355363453 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
EXCETO CONTRA O SEU VEHICULO OU CONTRA O SEU PROPRIETARIO
TRANSITO EM CIRCULACAO DE OPORTE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 04/01/2019

1 06496359490

QSM1040/PB

RESERVA

01177353803

HONDA/XRE 190

ANO FAB 2018

9

9C2MD4100KR003136

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$)

0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0,00

CUSTO DO SEGURO (R\$)

0,00

COTA ÚNICA

0,00

PREMIO TOTAL (R\$)

0,00

DATA DE PAGAMENTO

02/01/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.888/0001-04

7003781-1244251-20190104

8102-230

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

Nº 014355363453

DETALHES DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. DE REGISTRO: 00190000001758-9

DATA DE REGISTRO: 02/01/2019

DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

CPF (CNPJ)

06496359490

QSM1040/PB

PLACA ANT/V

NOVO

PB

9C2MD4100KR003136

ESP/DE TIPO

PAS/MOTOCICLE/MAO APLIC

ALCO/GASOL

MARKA/MODELO

HONDA/XRE 190

2018

2019

CAP/POTE

2 P/184 /C1

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

EXC/PLA

V

A

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

JOAO PESSOA-PB

04/01/2019

99999999

7003781

PB Nº 014355363453 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 04/01/2019

1 06496359490

QSM1040/PB

01177353803

HONDA/XRE 190

2018

9

9C2MD4100KR003136

PRÊMIO TARIFÁRIO

1

01177353803

HONDA/XRE 190

QSM1040/PB

2018

9

9C2MD4100KR003136

1

01177353803

HONDA/XRE 190

QSM1040/PB

2018

9

9C2MD4100KR003136

1

01177353803

HONDA/XRE 190

QSM1040/PB

2018

9

9C2MD4100KR003136

1

01177353803

HONDA/XRE 190

QSM1040/PB

2018

9

9C2MD4100KR003136

1

01177353803

HONDA/XRE 190

QSM1040/PB

2018

9

9C2MD4100KR003136

1

01177353803

HONDA/XRE 190

QSM1040/PB

2018

9

9C2MD4100KR003136

1

01177353803

HONDA/XRE 190

QSM1040/PB

2018

9

9C2MD4100KR003136

1

01177353803

HONDA/XRE 190

QSM1040/PB

2018

9

9C2MD4100KR003136

1

01177353803

HONDA/XRE 190

QSM1040/PB

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.249.888/0001-04

7003781-1244251-20190104

8102-230



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA - SEFAZ-PB
GERÊNCIA OPERACIONAL DE ARRECAÇÃO E COBRANÇA DA GEAF
AV JOAO DA MATA, S/N - CENTRO ADMINISTRATIVO, BLOCO IV
JAGUARIBE, JOAO PESSOA - PB
CEP: 58015-020
FONE: 32184798

NOTIFICAÇÃO DE AUTO LANÇAMENTO DO IPVA

NOTIFICAÇÃO Nº 00132867/2019

EMISSION: 05/02/2020

DADOS VEICULO

Placa: QSM1040

Chassi: 9C3MD4100KR003136

Renavam: 01177353803

ENDEREÇO: R TARCISIO RIBEIRO DA COSTA, 2 - ALTO DO MATEUS, JOAO PESSOA - PB CEP: 58090-200

DADOS CONTRIBUINTE / PROPRIETARIO

CPF/CNPJ: 064.963.594-90

NOME/RAZAO SOCIAL: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Fica o proprietário NOTIFICADO a receber o crédito tributário, abate 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
ajustamento de ação de execução fiscal, inscrição nos órgãos de proteção ao crédito e/ou protesto do título em Cartório.

Lançamento Original:


Processo Número	Recibo	Referência	Vencimento	Valor Principal	Valor Juros	Valor Total
4216000791	301	12/2019	30/12/2019	328,00	0,00	328,00
TOTAL GERAL:				328,00	0,00	328,00

85640000003-5 75650253202-8 00207421658-7 07910301009-0

Demonstrativo de Cálculo do IPVA 2019

Descrição de Cálculo	IPVA = Valor Base Do Cálculo * Alíquota
Valor Base do Cálculo	13.152,00
Valor Alíquota	2,50
Valor IPVA	328,80

TERM 00000003 AGENTE NOTISS AUT 20622
CDBR: 064904 L040102006 P JV: 002633
06/02/2020 BANCO DO BRASIL 09/20:43
32776735 CORRESPONDEnte BANCOITD 0877
CORRESPONTE PRECATORIOS COM COB. BARRON
COMPLETO: SEE IPVA
85640000003 75650253202 00207421658
871030100
NR. DOCUMENTO 30.062.063
NR. CONTEUDO 118.556.6
DATA DO PRECATORIO 06/02/2020
VAL DO PRECATORIO 375,65
NR. AUTENTICADO 6 148 C54 25F 856 678

 **DETRAN-PB Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba**

Usuário

2020020530049243

Muñoz

Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika

Usuário/DETRAN

AUTENTICANDO MECANICA

Bombetras 23.10

Removables:

[illegible]

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

BENEFICIÁRIO 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: brasileira **ESTADO CIVIL:** casado
PROFISSÃO: detentista distribuidor **Nº DO RG:** 05542464300
ORGÃO EMISSOR: Detran/PB **DATA DE EMISSÃO:** 28/08/2018
Nº CPF: 064.963.594-90 **ENDEREÇO:** Desempenhador Manoel
Taigy Queiroz Mello Filho, 133, Alto do Mateus, CEP: 58090-230
João Pessoa - PB
OUTORGADO: Thais Emmanuelly Menezes Cardoso
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** divorçada
PROFISSÃO: estudante **Nº DO RG:** 2621164/59/PB - 04279615
ORGÃO EMISSOR: Detran/PB **DATA DE EMISSÃO:** 05/01/2018 71
Nº CPF: 056.331.454-02 **ENDEREÇO:** Rua Luzia Pedrosa
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.

João Pessoa, 09 de januário de 20 20.

 **Cartório Azevêdo Bastos**

Delmir Barbosa Maximiano

Assinatura

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



CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa 1540 - Bairro São Cristóvão - João Pessoa/PB - CEP 58055-000 - Fone: (33) 3344-0000 - Fax: (33) 3344-0001

Reconheço por Autenticidade a assinatura de
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

a qual comparece com o padrão registrado nessa escritura, dou fe
João Pessoa, nove de Janeiro de dois mil e vinte
Em Teor da verdade

Diante desta Oitava de Menor, Escrivão - (Cód. 1, Total: 12.08)

Selo Digital de Fiscalização Tipo AJP26600-9CC9

Confira ou decore o selo em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Delmir Barbosa Maximiano
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** casado
PROFISSÃO: detentista distribuidor **Nº DO RG:** 05542464300
ORGÃO EMISSOR: Detran/PB **DATA DE EMISSÃO:** 28/08/2018
Nº CPF: 064.963.594-90 **ENDEREÇO:** Desempenhador Manoel
Taigy Queiroz Mello Filho, 133, Alto do Mateus, CEP: 58090-230
João Pessoa - PB
OUTORGADO: Maís Emmanuel Menezes Cardoso
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** divorçada
PROFISSÃO: estudante **Nº DO RG:** 2621164/59/PB - 04279615
ORGÃO EMISSOR: Detran/PB **DATA DE EMISSÃO:** 05/01/2018 71
Nº CPF: 056.331.454-02 **ENDEREÇO:** Rua Luzia Pedrosa
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.

João Pessoa, 09 de januário de 20 20.

 Cartório Azevêdo Bastos

Delmir Barbosa Maximiano

Assinatura

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



CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa 1540 - Bairro São Cristóvão - João Pessoa/PB - CEP 58055-000 - Fone: (33) 3241-0000 - Fax: (33) 3241-0001

Reconheço por Autenticidade a assinatura de
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

a qual comparece com o padrão registrado nessa escritura, dou fe
João Pessoa, nove de Janeiro de dois mil e oitenta e
Em Teu - da verdade

Diário Público Oficial de Notícias - (Cód. 1, Total: 12.000)

Selo Digital de Fiscalização - Tipo AJP26600-9CC9

Confira ou descarte o selo em: <https://selodigital.tjpb.jus.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 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 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