

# ITAÚ - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01468

CONTA: 000000018156-3

---

Autenticação:

55D1CCF251D14A60B56A7AD2E51837CE9BE48B3C0DD1EE7E078D548ADE7FEA7C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180579751      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO      **Data do acidente:** 24/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO  
FRATURA EXPOSTA EM Perna Direita

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE NA Perna DIREITA. COM RETRAÇÃO CICATRICIAL , ATROFIA,DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS. SEM OUTRAS SEQUELAS

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180579751      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO      **Data do acidente:** 24/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO  
FRATURA EXPOSTA EM Perna Direita

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE NA Perna DIREITA. COM RETRAÇÃO CICATRICIAL , ATROFIA,DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS. SEM OUTRAS SEQUELAS

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180579751      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO      **Data do acidente:** 24/06/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO,  
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA E DA FÍBULA (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180579751 Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

**Data do Acidente: 24/06/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE DE ARIMATEIA DANTAS DE LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO**

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar:  $17.50\% \times 13.500,00 =$  R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000001468

Conta: 0000018156-3

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

334.241.474-68 Francisco de Almeida Ribeiro

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Francisco de Almeida Ribeiro  
 Padre  
 Jerônimo de Paula  
 Santo Antônio  
 Mossoró  
 RN  
 59631-190  
 (84) 99827-0066

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (184)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3468

CONTA: 18156

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo | Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não | Se tiver filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (varônscer):  Sim  Não | Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.

Local e Data: Mossoró RN 06/09/18

Nome: Adriano da Costa Ribeiro

CPF: 012.730.844-03

Assinatura: Adriano da Costa Ribeiro

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: Janaina Borges de Souza  
CPF: 031.316.341-38

Assinatura: Janaina Borges de Souza

2º | Nome: Gideon Jacklyn Bigerio  
CPF: 103.868.484-67

Assinatura: Gideon Jacklyn Bigerio

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, mais que capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, NOME, CPF, NÚMERO  
 de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ARUANA SEGURADORA

10/12/2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180579751  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco de Assis Ribeiro  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jeremias da Rocha, 21 Casa  
Santo Antonio Mossoro RN CEP: 59611-190  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 003204149  
Data local do acidente: [ 24/06/2018 ]  
Data local do exame: [ 28/01/2019 ] Jucurutu [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO  
FRATURA EXPOSTA EM PERNAS DIREITA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADORES EXTERNOS DURANTE 20 DIAS. EVOLUIU COM INFECÇÃO, FOI REMOVIDO E FEITO NOVA CIRURGIA, OSTEOSINTSE DA TIBIA DIREITA COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO OSSEA, PSEUDOARTROSE E DESVIO DO EIXO DA TIBIA.**  
Data da Alta: 24/08/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE NA Perna DIREITA. COM RETRAÇÃO CICATRICIAL , ATROFIA,DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E DOR AOS EFORÇOS FÍSICOS. SEM OUTRAS SEQUELAS**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018065000512

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 06/08/2018 10:59:25

1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 24/06/2018 18:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: SANTO ANTÔNIO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

3.3 Nome Social:

3.5 Endereço:

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 31424147466

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: LUBRIFICANDOR

3.15 Telefone(s): 84 988715503

3.17 Número: 21

3.19 Bairro: SANTO ANTÔNIO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: MOSSORÓ

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)**

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Endereço:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características: CONDUTOR DE UM AUTOMÓVEL TIPO CELTA PRATA SEM MAiores DETALHES.

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

5.1.2 Alcunha:

5.1.4 Pai:

5.1.6 Mãe:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.10 Orientação Sexual:

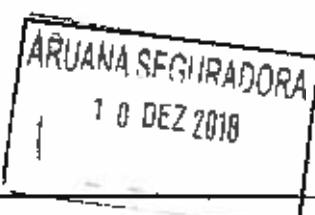
5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.20 CEP:

5.1.22 Cidade:



**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)**

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O DECLARANTE INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA DESCritos CAMINHAVA EM DIREÇÃO Á SUA RESIDÊNCIA E AO ATRAVESSAR A RUA FOI ATROPELADO PELO ACUSADO(A) QUE NÃO PRESTOU LHE SOCORRO E SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE; QUE DEVIDO A COLISÃO SOFRE UM TRAUMA EM SUA Perna DIREITA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA, COMO CONTA NO PRONTUÁRIO MÉDICO DE Nº 16547/2018 DATADO DE 24/06/2018 ÀS 18:43:55. NADA MAIS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO.

**9.2 Informações do CIOSP**

**9.3 Outras Provvidências**

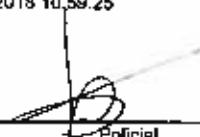
REGISTRO DO BO PARA FINS INDENIZATÓRIOS EXCLUSIVOS PARA O SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT.

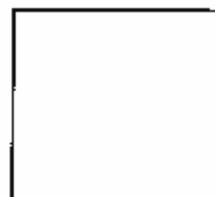
**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 06/08/2018 10:59:25

  
\_\_\_\_\_  
Policial



Polegar direito



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:  
334.241.444-68 Francisco de Ataíz Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Francisco de Ataíz Ribeiro  
Profissão: Apresentador  
Endereço: Jerônimo de Rocha  
Bairro: Santo Antônio  
Cidade: Mossoró  
E-mail: Ataiz RibeiroCPF: 334.241.444-68  
Número: 21 Complemento:  
Estado: RN CEP: 59631-190  
(+1.000): (84) 99827-0066

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

1468 18156 (3)

(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 efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 contestá-la, caso discorde da sua conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
Vivos: Falecidos:

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.

Local e Data: Mossoró RN 06/09/18

Nome: Adriana de Costa Ribeiro

CPF: 012.730.844-03

Assinatura: Adriana de Costa Ribeiro

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: Janaina Borges de Souza  
CPF: 021.326.311-38

Assinatura: Janaina Borges de Souza

2º | Nome: Gideon Jacklyn Bezerra  
CPF: 103.868.489-67

Assinatura: Gideon Jacklyn Bezerra

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.ARUANA SEGURADORA  
12/2018



**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 474**

Mossoró 30 de Julho de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **ADRIANA DA COSTA RIBEIRO, 38 anos, RG 002.222.204** passo a informar o que consta em nosso registro.

**Identificação da ocorrência: 26**

**Nome do Paciente: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO, 59 anos.**

**Data: 24/06/2018**

**Local da ocorrência:** Rua: Jeremias da Rocha.

**Viatura:** BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

**Hora do Chamado:** 17h 57min.

**Natureza da Ocorrência:** Atropelamento por carro.

**Procedimento no Local:** Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

---

**Silvana do Monte Santiago**  
Matrícula 5868-2  
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima  
Matrícula 405418-2  
CRM/PE 5944

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-2  
Diretor do SAMU/ Mossoró





## CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 14883 - FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (59 a 7 m 22 d)

Nascimento: 02/11/1958

Natural: FORTALEZA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 31424147468

Prof:

Pai: FRANCISCO NOBERTO DA SILVA

Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA

Logradouro: RODRIGUES ALVES, 102

CEP: 59610590

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.88715503 84.88715503

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): ACIDENTE DE CARRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

Empresa:

OBS:

Classificação: 24/06/2018 18:33:42 | PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	220	130		96		24			

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ATAROPELAMENTO, COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, GLASGOW 12. FRATURA ABERTO EM MID ALTURA DA TIBIA. PROVAVEL TOE

Hora: 10:00

Causa: Atropelamento de pedestre na Rua 10 de Junho, bairro São José, Mossoró.

Q1: Dor no pé direito, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé esquerdo.

Q2: Dor no joelho, dor no tornozelo.

Q3: Dor no pé direito, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé esquerdo.

Q4: Dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé direito, dor no pé esquerdo.

Q5: Dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé direito, dor no pé esquerdo.

Q6: Dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé direito, dor no pé esquerdo.

Q7: Dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé direito, dor no pé esquerdo.

Q8: Dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé direito, dor no pé esquerdo.

Q9: Dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé direito, dor no pé esquerdo.

Q10: Dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé direito, dor no pé esquerdo.

Diagn. Inicial: Fratura aberta da tibia.

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. L. Novocain 200ml			ARUANA SEGURO DORA
2. 1000ml furoc. 10%			10 DEZ 2018
3. Fizotriptan 60mg			
4. 3000ml furoc. 10%			
5. 1000ml furoc. 10%			HOSPITAL REGIONAL TARCISO CONFORME ORIGINA
6. 1000ml furoc. 10%			ESTA SAME MOSSORÓ
7. Cetofen 600mg			SAME ARQUIVO
8. 1000ml furoc. 10%			
9. 1000ml furoc. 10%			
10. 1000ml furoc. 10%			

\*Salda: - ( ) Decisão médica; ( ) Enc.outroServiço; ( ) Evasão; ( ) Interna; CID: 82 Proc.

Data: 24/06/2018 Hr: Ass. Médico:

Dr. Silviano Júnior  
CRM: 6837  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT - Mossoró

24.06.2018.

11h00 / 14h30

Fase 6400

US AT 20mm

No Lo formar

24.06.2018 10:00

visão de crânio e atumulo  
fractura da base



Ortopedia

Ex opost se pone ①

Sobre Parede de Neurocirurgia

po bloco cirúrgico esp. liberação de

de novo cirurgia

Dr. Igo Valente da Oliveira  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 6428

HOSPITAL REGIONAL TARCISO ALVIM  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 17/06/2018  
B12

SAME/ARQUIVO

NLH

GIE , sem definição

SC vênia → Discreto USAT

CCZ - Linha para o hipofiso

CCZ - Discreto em desigual

Dr. Henrique Pinto  
Neurocirurgião  
CRM-RN 3833



## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 14883 - FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO (59 a 7 m 29 d )

Nascimento: 02/11/1958

Natural: FORTALEZA BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704102428587850

CPF: 31424147468

Prof:

Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA

Pai: FRANCISCO NOBERTO DA SILVA

Logradouro: RODRIGUES ALVES, 102

CEP: 59618590

Bairro: BOM JARDIM

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84 88715503 84 88715503

Compl: CORRIGIDO NOME DO PACIENTE

Motivo (alegado pelo paciente): ACIDENTE DE CARRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS:

Classificação: 24/06/2018 18:33:42 | PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	220	130		96		24			

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Quelaxas: ATAROPELAMENTO, COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, GLASGOW 12. FRATURA ABERTO EM MID ALTURA DA TIBIA. PROVÁVEL TCE  
Hora: \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL DE  
ESTÁ CONFORME O ORIGEM  
SAME MOSSORÓ 20/07/2018  
SAME/ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

ARUANA SEGURADORA  
10 DEZ 2018

\*Saída: 24/06/2018 20:54:22 - INTERNADO ( ) Decisão médica: ( ) Enc. outro Serviço: ( ) Evasão: ( ) Interna:  
CID Proc.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hr: \_\_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

DR WILLIAM CARYALHO FERREIRA  
CRM 1150-MFG149 RJ  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMÁTICAS  
MEDICINA DO TRABALHO

ARIANA SÉGIRADORA  
10 JAN 2013

### LAUDO MÉDICO

O paciente Francisco de Assis RIBEIRO  
61 anos de idade, mecânico auxiliar, CPF 314.241.474-  
HISTÓRIA de acidente de TRÂNSITO, atropelamento.

DIAGNÓSTICO: Polirrumatismo:

TCF + Fratura exposta dos ossos da perna  
direita grave. LEVADO pelo SAMU ao  
HRTM em Mossoró R/N. Boleta N° 16542/2013

#### Procedimento:

Operado de urgência da perna  
direita. Toleti + Redução e fixação  
provisória com fixador externo.

30 dias após foi re-operado no  
HOSPITAL WILSON ROSADO: Retirada  
do fixador externo e osteossíntese  
com placa e parafusos, desenvolvendo  
retardo de consolidação. Pseudartrose  
devido à desvio do eixo da tibia.  
Perda funcional da redução.

Quadro atual e sequelas:

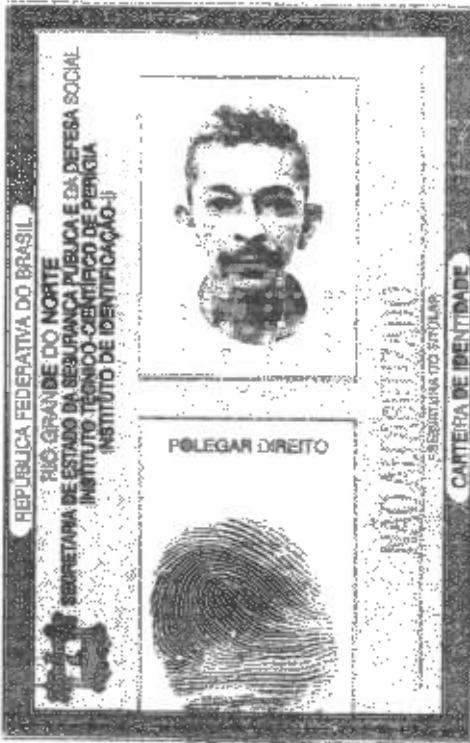
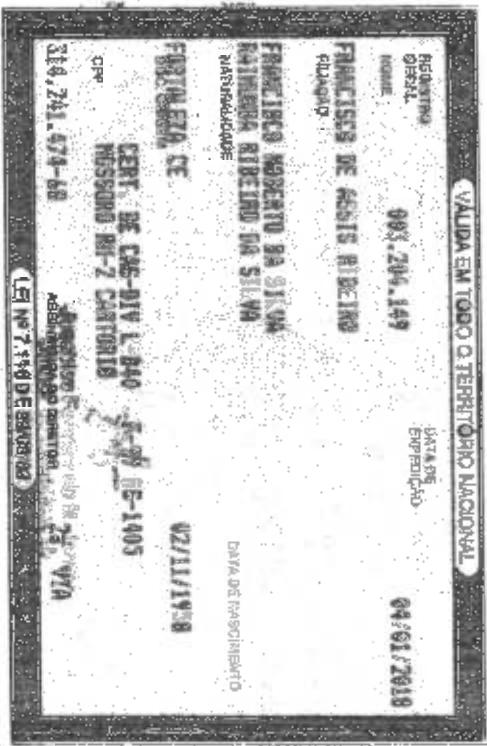
Necessidade de uso de 2 muletas  
para deambulação e suspensão permanente  
em ortostática.  
Perda da capacidade funcional  
estimada em 40%.

C.D. 793 por 5.812

Policlínica Médica  
Rua João Pessoa, 68 - Centro  
Fone (84) 3321-6121  
Horário 2º, 4º e 6º a partir das 10h da manhã

Clinica Oitava Rosado  
Rua Juvenal Lamartine, 319 Centro  
Fone (84) 3317-3636  
Horário 2º, 4º e 6º a partir das 7h as 9h30min  
Fca. William Carvalho Ferreira  
Ortopedista-Doenças Reumáticas  
Medicina do Trabalho  
CRM 1150-MFG149 RJ

Mossoró 10.01.2014



ARUANA SEGURADORA  
10 DEZ 2018





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME:** JANAINA BORGES DE SOUZA

**Nº DO DOCUMENTO FÔRUM EMISSOR:** 1650923      **SSP:** RN

**ON:** 031.346.374-30      **DATA DE NASCIMENTO:** 17/04/1977

**PAI:** FRANCISCO EDSON DE SOUZA      **MÃE:** REGIA MARIA PESSOA

**SEXO:** F      **ESTADO:** ACC      **CAHAB:** AB

**Nº PROGRESO:** 0410811719      **VALIDADE:** 25/11/2018      **1ª EMISSÃO:** 31/05/2007

**DESCRIÇÃO:**

**Janaina Borges de Souza.**

**ASSINATURA DO PORTADOR:**

**LOGAN:** MOSSORÓ, RN      **DATA DE EMISSÃO:** 27/11/2013

**00188133804**  
**RN701662912**

**ACERTARIA DO ESTADO:**

**DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**881788371**

**ARUANA SEGURADORA**  
**10 DEZ 2018**

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Janaína Borges de Souza,  
RG nº 1856825, data de expedição 27/11/13, Órgão SSP RN.

CPF nº 031.346.344-30 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Jerônimo de Roche</u>
Número	<u>21</u>
Apto / Complemento	<u>1000</u>
Bairro	<u>Santo Antônio</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59611 - 190</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 99827.0066</u>
E-mail	<u>Noe Pottori</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró RN 06/09/18

Assinatura do Declarante: Janaína Borges de Souza





**ARUANA SEGURADORA**  
10 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gideon Jackson Bezerra,  
RG nº 2936458 data de expedição 08/02/18, Órgão SSPRN.

CPF nº 103.868.484-67, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Jerônimo de Roche</u>
Número	<u>21</u>
Apto / Complemento	<u>0000</u>
Bairro	<u>Santo Antônio</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59611-190</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 99824-0066</u>
E-mail	<u>Wde.Pottori</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró RN 06/09/18

Assinatura do Declarante: Gideon Jackson Bezerra





ARUANA SEGUINADORA  
10 DEZ 2018



## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Francisco de Almeida Ribeiro	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Aposentado	
IDENTIDADE:	002.204.149	CPF: 314.241.474-68
ENDEREÇO:	Jerônimo da Rocha 21 Santo Antônio	

## OUTORGADO

NOME:	José de Almeida Dantas de Lima	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Autônomo	
IDENTIDADE:	003.552.123	CPF: 024.335.994-23
ENDEREÇO:	Rua Jerônimo da Rocha 21 Santo Antônio	

## TESTEMUNHA 1:

NOME: Jonasno Borges de Souza  
 CPF: 031.346.344-30 RG: 1856825  
 ENDEREÇO: Rue Jerônimo da Rocha 21 Santo Antônio

## TESTEMUNHA 2:

NOME: Gideon Tock Koon Bezerra  
 CPF: 103.868.489-67 RG: 2336438  
 ENDEREÇO: Rue Jerônimo da Rocha 21 Santo Antônio

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Motaboro 05/11/18

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



ERIKA DE MOURA VIEIRA - TABELÁ SÓSTITUTA  
 Válido no período com relação ao seu mandado

**2ª Zona de Protesto de Títulos e Documentos**

Praça Getúlio Vargas, 66, Centro.

Mossoró-RN

Fone (084) 3316-3693

Fax: (084) 3317-3498

**Maria Luciene Gomes Fontes**

Tabeliã

**David Fernandes Fontes**

Tabelião Substituto



**Livia Thaisy Couto Fontes**

Escrevente Autorizada

**Abdoral Gomes Fontes**

Tabelião Substituto

**LIVRO N°. 138**

**FLS.068.**

**PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM): FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO**, na declarada forma abaixo:

Saibam quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos trinta (30) dias do mês de julho do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Mossoró, Estado do Rio Grande do Norte, neste Cartório, compareceu como outorgante **FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO**, brasileiro, divorciado, beneficiário, portador da Cédula de Identidade nº.003.204.149-SSP/RN, inscrito no CPF/MF sob o nº.314.241.474-68, residente e domiciliado na rua Jeremias da Rocha, 21, bairro Santo Antonio, Cep.59611-190, Mossoró/RN; reconhecido como o próprio de mim Tabelião Substituto, por meio deste público instrumento de procuração, por ele me foi dito que nomeia e constitui sua bastante procuradora **ADRIANA DA COSTA RIBEIRO**, brasileira, solteira civilmente, manicure, portadora da Cédula de Identidade nº.002.222.204-SSP/RN, inscrita no CPF/MF sob o nº.012.730.844-03, residente e domiciliada na rua Jeremias da Rocha, 21, bairro Santo Antonio, Cep.59611-190, Mossoró/RN; A quem concede poderes específicos para representar o outorgante administrativamente e/ou judicialmente em desfavor da SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT E/OU DEMAIS SEGURADORAS, podendo tudo assinar concordar, discordar, receber valores devidos a ele outorgante, autorizar depósitos na conta do outorgante sito a agencia do BANCO BRADESCO S/A, podendo para tanto, sacar valores provenientes da indenização, assinar as declarações sejam elas declaração de residência, declaração de ausência do laudo do IML, autorização de pagamento, tudo apresentar, solicitar e receber, apresentar, transigir, firmar compromissos ou acordo, referente a presente indenização, devendo assinar recibos e tudo o mais o que for preciso. Enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento deste Mandato. Pediu e eu lhe lavrei este instrumento, que lhe li, achou conforme, vai devidamente assinado por Jose de Arimateia Dantas de Lima á rogo do outorgante por não ser alfabetizado e as testemunhas Leoberg Barbosa de Melo e Silvana Dantas Diniz, ambos brasileiros, maiores e capazes, residentes nesta cidade, a tudo presente. Emolumentos: Cartório R\$53,84; ISS R\$2,69; PGE R\$0,41; FCRCNP R\$5,39; GUIA DE RECOLHIMENTO DE FRMP Nº.0000001465505, R\$1,66; GUIA DE RECOLHIMENTO DE FDJ Nº.7000003246404. R\$14,17; Total; R\$78,16. Eu, David Fernandes Fontes, Tabelião Substituto do 7º Ofício, digitei, conferi, subscrevo e assino em público e raso de que uso.

A Rogo do Outorgante:

José de Arimateia Dantas de Lima

Testemunhas:

Silvana Dantas Diniz

David Fernandes Fontes  
CPF 002.222.204-17  
SUBSTITUTO



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445432/18

Número do Sinistro: 3180579751

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

CPF: 314.241.474-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/01/2019  
Nome: JOSE DE ARIMATEIA DANTAS DE LIMA  
CPF: 024.335.994-23

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019  
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA  
CPF: 017.192.214-05

JOSE DE ARIMATEIA DANTAS DE LIMA

PRISCILA FLORENCIO DA SILVA