
Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Data do Acidente: 28/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Data do Acidente: 28/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:
	161.889.694-68	ORRANEIS NUNES PADILHAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ORRANEIS NUNES PADILHAS		
Profissão: APOSENTADO	Endereço: R. ADALBERTO FLORENTINO DE LUSTO	CPF: 161.889.694-68
Bairro: Valentina	Cidade: João Pessoa	Número: 88 Complemento: 444
E-mail:	Estado: PB	CEP: 58069-070
		Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Brasil
 AGÊNCIA: 1234 3 CONTA: 144958 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não autografado)

Local e Data: João Pessoa - PB 16/05/19
 Nome: ORRANEIS NUNES PADILHAS
 CPF: 161.889.694-68

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: JUIZ PEREIRA DA COSTA
 CPF: 659.440.394-00
 Assinatura:
 2ª | Nome: ADGEUILDA SOUZA DA SILVA
 CPF: 206.926.414-91
 Assinatura: Adgemilda Souza da Silva

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(houver)

maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO,



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04229.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04229.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:24 horas do dia 17 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Orlanez Nunes Padilhas**, CPF nº 161.889.694-68, RG nº 1489920 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Aposentado, filho(a) de Carolina Justino dos Santos e Rivaldo Nunes Padilha, natural de Recife/PE, nascido(a) em 10/02/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Adalberto Florentino de Castro, Nº 88, complemento Casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Próximo Ao Hospital do Valentina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98865-4290.

Dados do(s) Fatos:

Local: Na Br do Município de Camalaú, Camalaú/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 28/08/17 04:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

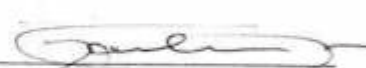
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O noticiante informa, que no dia 28/08/2017 às 04:40 da manhã, saiu da cidade de Camalaú-PB em direção a João Pessoa-PB acompanhado de sua esposa, Sra. Antonizete Pereira da Costa, e mais 2 amigos; que o mesmo conduzia o veículo, modelo Fox de marca Volkswagen, de Placa: OFA - 8348. Informa que ao entrar na Rodovia, colidiu com um veículo que vinha na mesma, sendo o referido veículo de modelo veraneio da marca Chevrolet. Que os passageiros do Fox ficaram aguardando aproximadamente por 40 minutos a chegada da ambulância no acostamento; Que quando a ambulância chegou o condutor do veículo e os demais passageiros foram removidos para o Hospital da cidade de Sumé - PB. Que ao chegar no referido hospital os responsáveis pelo mesmo informaram que devido a gravidade das lesões do condutor o mesmo teria que ser removido para cidade Campina Grande-PB, sendo assim, direcionados todos os passageiros para Campina Grande - PB, onde receberam os primeiros atendimentos e foram constatadas fraturas.

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

João Pessoa/PB, 17 de abril de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


ORLANEZ NUNES PADILHAS
Noticiante



Procedimento Policial: 04229.01.2019.1.00.401

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:
	161.889.694-68	ORRANEIS NUNES PADILHAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ORRANEIS NUNES PADILHAS		
Profissão: APOSENTADO	Endereço: R. ADALBERTO FLORENTINO DE LIMA	CPF: 161.889.694-68
Bairro: Valentina	Cidade: João Pessoa	Número: 88 Complemento: 444
E-mail:	Estado: PB	CEP: 58069-070
		Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>Bra</u>
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <u>1234</u> <u>3</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: <u>144958</u> <u>3</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não autografado)

Local e Data: João Pessoa - PB, 16/05/19
 Nome: ORRANEIS NUNES PADILHAS
 CPF: 161.889.694-68

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Julia Pereira da Costa
 CPF: 659.440.394-90
 Assinatura: Julia Pereira da Costa

2ª | Nome: ADGEUILDA SOUZA DA SILVA
 CPF: 206.926.414-91
 Assinatura: Adgeilda Souza da Silva

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(se houver)

maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO,



GOVERNO
DA PARÁIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1494530

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai, Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/08/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Andreza Da Silva Araújo

PACIENTE: ORRANEIS NUNES

CEP: 58010000

Nascimento: 10/02/1958

PADILHAS

Endereço: ADALBERTO FLORENTINO DE

Sexo: M

Telefone: 88085271

CASTRO

Endereço: ADALBERTO FLORENTINO DE

Idade: 059

Bairro: VALENTINA

RG:

Nº: 88

Nome da Mãe: CAROLINA JUSTINIO DOS

SANTOS

Profissão: APOSENTADO

CPF:

CNS: 704109449840950

Responsável: ANTONIZETE PEREIRA

Data de

Alto: 28/08/2017

Estado Civil: Casado(a)

Hora: 07:41:14

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Especialidade:

MBS FICHA:

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

MECANISMOS DO TRAUMA

1. Torção 19. Fratura óssea fechada

2. Amputação 20. Fratura óssea aberta

3. Avulsão 21. Hematoma

4. Contusão 22. Injuriamento Venoso

5. Cractação 23. Laceração

6. Por 24. Lesão tendinária

7. Edema 25. Luxação

8. Empalramento 26. Mordedura

9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal

10. Esmagamento 28. Objeto Encaixado

11. Equimose 29. Otorrágia

12. F. Arma branca 30. Paralisia

13. F. Arma de fogo 31. Paralisia

14. F. Cortado 32. Paralisia

15. F. Cortado 33. Queimadura

16. F. Cortado 34. Rinoorrágia

17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de Isquemia

18. F. Perfuro-contuso 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: *Periosteum*ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: *Dr. Djalma Sales Couto*

Cirurgião - CRM 21562-8

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM: 28/08/17

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Unico
Heb e em bba bba bba
avaliado em bba bba bba
he bba bba bba bba bba
avaliado em bba bba bba

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS *OK* Fotoreagentes () Isocóricas () AnisocóricasGlasgow *15* PA *11* HGT: *111* SatO2

ECB me a gma
hills bba bba bba bba

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *N. E. B.* às *17h* da *ortopedia*Especialista: *B. M. F.* às *17h* da *1*

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS		HORÁRIO REALIZADO
Nº		
1	<i>565-7-1000-1-1000</i>	<i>17h</i>
2	<i>MP 1000-1-1000</i>	<i>17h</i>
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Cirurgião - CRM 21562-8

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM: 28/08/17



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Orameis Nemes Padilha		
End:	R: Adalberto Florentino de Castro, Bairro: 88 - João Pessoa		
Data de Nascimento:	20/02/1958	Documento de Identificação:	P.B.
Queixa:	Ac. Cardio	Data do Atend.:	28/08/17 Hora: 7:34 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocrada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

MOD. 110

Estratificação

Verde

- () Vermelho - atendimento imediato
- () Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Verde - atendimento ambulatorial
ENFERMEIRA
COREN-PB

Assinatura e carimbo do profissional



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS

DATA DO EXAME: 28.08.2017

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura do terço médio da clavícula.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Fraturas de arcos costais esquerdos.
- Redução da transparência pulmonar à esquerda.
- Obliteração do seio costofrênico esquerdo (hemotórax).

30

RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL

- Coluna cervical sem alterações relacionadas a mecanismo traumático evidentes ao método.
- Sinais de espondilose cervical.

Dr. Arquimedes A B Iira
CRM/PB: 7197

Dra. Miriam Albino
CRM/PE 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonié Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ORRANEIS NUNES PADILHAS,
RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976,
Órgão SSP. PE, CPF nº 161.889.694-68, 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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO</u>
Número	<u>88</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>VALENTINA I</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58064-070</u>
Telefone de contato	<u>(83) 9 8803-5547</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 03/08/2018.

Orlaneis Nunes Padilhas
Assinatura do Declarante





ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. C. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº023.652.353
Cód. para Déb. Automático: 00004029492

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

CPF/ CNPJ/ RANI

161.889.694-68
Insc. Est.

5/402949-2

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2008,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		144	29
20/03/19	28363	18/04/19	28507			
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/c	Valor Base Calc	Alíq	ICMS(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS
0601	Consumo em kWh	144,000	0,854400	123,03	123,03	27
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			4,92	0,00	0
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00
					0,00	0,00

CAIXA		RECIBO DE PAGAMENTO 2ª VIA	
Contrato: 8.5555.0281.677-8		Dados do Mutuário MARCIA CRISTINA FRANCELINO DA SILVA R FRANCISCO DE ASSIS MOREI, 321 / APTO 304 BANCARIOS - JOAO PESSOA - PB - 58000. 000 CPF/CGC: 012.903.904-79	
Prestação do Mês N°	107	Descrição dos 12 Últimos Pagamentos	
Prazo do Financiamento	300	Prest	Data Venc.
Taxa de Juros Contratual	6,0000	095	14/05/2018
Ind.Reaj.Prest.Mês conf.C. Contratual	0,00000	096	14/06/2018
Ind.Reaj.S.Dev.Mês conf.C. Contratual	1,00000	097	14/07/2018
Categoria Profissional	000.000-0	098	14/08/2018
Taxa de Juros c/ Relacionamento	6,0000	099	14/09/2018
Sistema de Amortização	SAC	100	14/10/2018
L. Financ./Or. Recursos	310/25	101	14/11/2018
TP	310	102	14/12/2018
UNO - Agência de Contrato	0037-0	103	14/01/2019
Extrato de Evolução		104	14/02/2019
Saldo Devedor Teórico em R\$	14/05/2019 61.269,78	105	14/03/2019
Juros/Correção do Mês (R\$)	307,94	106	14/04/2019
Amortização do Mês (R\$)	317,45	TOTAL DA DIFERENÇA ATUALIZADA (R\$) 0,01	
Extrato de Evolução FGTS na Prestação		Demonstrativo do Encargo do Mês (R\$)	
Saldo anterior	0,00	Demonstrativo	Valor
Correção mês	0,00	Prestação	625,39
Utilização mês	0,00	FGHAB	14,50
Saldo atual	0,00	PCVS	0,00
SEU CONTRATO POSSUI DÉBITO EM CONTA. CASO PAGUE ESSE BOLETO, CONTATE A AGÊNCIA PARA CANCELAR O DÉBITO DESTA PRESTAÇÃO NA CONTA.		Diferencial de Juros + TR	0
		Taxa Administração	0
		Taxa Oper. Mensal	0,00
		Diferença Prestação Emitida	0,00
		Subsídios Governo/Bônus	0,00
		Quota FGTS N°0	0,00
ATENÇÃO: Veja campo Descrição dos 12 Últimos Pagamentos. Tem prestação não relacionada? REGULARIZE. PAGUE NA ORDEM do VENCIMENTO.		Via do Mutuário - Autenticação Mecânica	
Informe FEBRABAN 15/2015: adequação do código de barra dos boletos em 2017. Procure a CAIXA se precisar substituir seu boleto.		RECIBO DE PRESTAÇÃO COM DÉBITO AUTOMÁTICO, PAGAR APENAS SE O DÉBITO NÃO OCORRER.	
		*** SENHOR CAIXA SÓ RECEBER À PEDIDO DO CLIENTE ***	

- **Débito Automático em Conta:** Utilize o serviço de débito automático em conta para pagamento das prestações. É cômodo e gratuito. Procure a sua agência.
- **Mudança de endereço e telefone:** Mantenha seu endereço e telefones atualizados junto à CAIXA para atendê-lo mais prontamente sempre que você precisar.
- **Canais para pagamento:** Terminais de auto-atendimento CAIXA, Internet "Banking" CAIXA, Rede de Casas Lotéricas, Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI", Rede bancária. Consulte no SAC CAIXA os limites de pagamento em cada um dos canais.
- **2ª via do carnê:** Obtenha a 2ª via de seu carnê pela internet, no endereço caixa.gov.br
- **Pontualidade no Pagamento:** Pague em dia suas prestações habitacionais. Evite transtornos e pagamento de juros por atraso. O não pagamento das prestações acarreta o registro do cliente nos cadastros informativos de créditos e sujeita o contrato a ações de cobrança administrativas e judiciais.
- Caso conste prestação vencida anterior, o pagamento efetuado será utilizado para quitação da prestação mais antiga vencida e não paga.

De Olho na Qualidade Minha Casa Minha Vida - Atendimento ao Comprador: 0800 721 6268
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br

CAIXA | 104-0 |

10498.17990 21034.185542 55028.167736 6 78890000063989

Local de Pagamento:					Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NA CAIXA OU CASAS LOTÉRICAS					14/05/2019
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço: Caixa Econômica Federal - 00.360.305/0001-04 RUA DAS TRINCEIRAS, 91 CENTRO - JOAO PESSOA - PB - 58.041-141					Agência/Código Beneficiário 0037-0/817992
Data Documento: 14/05/2019	No. Documento: 31019059034	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número 1403485550281677
Uso do Banco	Carteira SIACI	Espécie Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 639,89
Informações de Responsabilidade do Beneficiário:					
- Até o vencimento pagável nos Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI" e em qualquer Agência Bancária.					(-) Descontos/Abatimento *****
- Após o vencimento, somente pode ser pago nas Agências da CAIXA, Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI".					(-) Outras Deduções *****
					(*) Mora/Multa *****
					(+) Outros Acréscimos *****
					(=) Valor Pago 639,89
Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço: MARCIA CRISTINA FRANCELINO DA SILVA - 012.903.904-79 R FRANCISCO DE ASSIS MOREI, 321 / APTO 304 BANCARIOS - JOAO PESSOA - PB - 58000. 000					

Sacador/Avalista

Autenticação no Yesso

Fiche de Compensação



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
16 MAIO 2019
AG. JOAO PESSOA

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 COAF².

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

João Adailson da Silva Filho

inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.056.964 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Oswaldo Nunes Padilhas inscrito (a) no CPF sob o Nº 161.889.694 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Oswaldo Nunes Padilhas

inscrito (a) no CPF sob o Nº 161.889.694 / 68, 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: Rua Francisco de Assis Moreira

Número: 321

Complemento: _____

Bairro: Bom Jardim

Cidade: João Pessoa

Estado: PB

CEP: 58000-000

E-mail: _____

Tel.(DDD): _____

Local e Data: _____

João Pessoa - PB 23/05/2019

[Assinatura]

Assinatura do Declarante


COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA
23 MAIO 2019
PROTOL
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

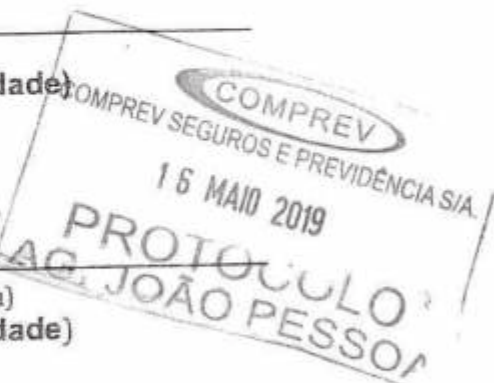
Eu, ORRANEIS NUNES PADILHAS,
RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 161889694-68,
com Domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. ADALBERTO FLORENTINO
DEPATRO nº 88, complemento, VALENTINA I, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
era

Veículo.....: FOX
Ano.....: 2011
Modelo.....: 2012
Placa.....: OFA 8348/PB
Chassi.....: 9BWAB 4577C 4056436
Data do acidente.: 28-08-2017

Local e data: JOÃO PESSOA, 03-08-2018

 Gertório Azevedo Bastos
X Orraneis Nunes Padilhas
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

 Gertório Azevedo Bastos
X Orraneis Nunes Padilhas
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nün - 28/08/17: 09:04

Percebe-se com a teoria de VCE, um risco de perda da coesão e/ou coarctos.

EEG 14, confus.

PTFL

FCC Permitted (E).

Sen definieren versch. μ
K. variieren!

5/ coffee in a canister 2/ on
table.

CD: Qty. Prod. - inv. vend.

Tomas Catão Monte Raso
Neurocirurgia
CRM/PB 7742

Surface FCC

025 pedus

Pete usou de terno (com botões
de gravinha) - vestido inadequado
e desrespeito ao meio da mulher.

CO: American's antibody + resistance

DESTINO DO PACIENTE *Ata' os onofre*

SERVIÇOS REALIZADOS:

321-

PCTE VITHANO DE ACAD AUTOMOBILISTE
 COM TRAMPO INFLATAVEIS EM
 FOLCO. AO OR. R\$ 100,00
 PRECATORIO FINT. CANTO 111
 PENSEMOS L.

ed. 1) Ponsan ONO 105K

③ Konv.- u. Gernl

③ Turning leaf

Ados os pontos

17:00h Paciente reavaliado pela Cirurgião

apresentando quadro sem necessidade no

momento Cingia. ^{de} Este Disfraz para a forma que sempre era oprimente alguma vez de dor en pobre.

Col: Alta Hospital.

CR 11/12/1963: W.D.

CÓRISO/PROCFRIMENTO

מחירים



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Orameis Nemes Padilha		
End:	R: Adalberto Florentino de Castro, Bairro: 88 - João Pessoa		
Data de Nascimento:	20/02/1958	Documento de Identificação:	P.B.
Queixa:	Ac. Cardio	Data do Atend.:	28/08/17 Hora: 7:34 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocrada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

MOD. 110

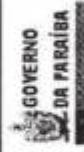
Estratificação

Verde

- () Vermelho - atendimento imediato
- () Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Verde - atendimento ambulatorial
ENFERMEIRA
COREN-PB

Assinatura e carimbo do profissional



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS

DATA DO EXAME: 28.08.2017

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura do terço médio da clavícula.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Fraturas de arcos costais esquerdos.
- Redução da transparência pulmonar à esquerda.
- Obliteração do seio costofrênico esquerdo (hemotórax).

30

RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL

- Coluna cervical sem alterações relacionadas a mecanismo traumático evidentes ao método.
- Sinais de espondilose cervical.

Dr. Arquimedes A B Iria
CRM/PB: 7197

Dra. Miriam Albino
CRM/PE 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonié Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

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

NOME: ORRANEIS NUNES PADILHAS
 DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF: 1489920 SSP PE
 CPF: 161.889.694-68 DATA NASCIMENTO: 10/02/1958
 FILIAÇÃO: RIVALDO NUNES PADILHA
 CAROLINA JUSTINO DOS SANTOS
 PERMISSÃO: ACC: CATEG: B
 Nº REGISTRO: 05438079667 VALIDADE: 07/06/2021 1ª HABILITAÇÃO: 07/03/2012

OBSERVAÇÕES:

SECRETARIA DO PORTADOR:

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 08/06/2016
 Assinatura: 25681652710 PB032714718
 SECRETARIA DE SEGURANÇA

JOAO PESSOA, PB - PARABOLINA

1289169622

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 15 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

1289169622		1289169622	
PROIBIDO PLASTIFICAR		PROIBIDO PLASTIFICAR	
VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS		VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS	
			
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTÃO NACIONAL DE HABILITACÃO		CARTÃO NACIONAL DE HABILITACÃO	
NOME: ORRANEIS NUNES PADILEIA		NOME: ORRANEIS NUNES PADILEIA	
DOC. IDENTIFIC. / C.R.S. / RENAVAM. / R		DOC. IDENTIFIC. / C.R.S. / RENAVAM. / R	
1419920		1419920	
RG		RG	
161.989.694-68		161.989.694-68	
DATA NASCIMENTO		DATA NASCIMENTO	
10/02/1958		10/02/1958	
TRACAO		TRACAO	
RIVALDO NUNES PADILEIA		RIVALDO NUNES PADILEIA	
CAROLINA JUSTINO DOS SANTOS		CAROLINA JUSTINO DOS SANTOS	
TRANSMISSAO		TRANSMISSAO	
ACE		ACE	
CATEGORIA		CATEGORIA	
B		B	
VENCIMENTO		VENCIMENTO	
07/06/2021		07/06/2021	
1ª HABILITACAO		1ª HABILITACAO	
07/03/2012		07/03/2012	
Nº PASSAPORTE		Nº PASSAPORTE	
05438079657		05438079657	
OCCUPACAO		OCCUPACAO	
JORNALISTA		JORNALISTA	
LOCAL		LOCAL	
JONAS FRESCA, PS		JONAS FRESCA, PS	
DATA HABILITACAO		DATA HABILITACAO	
08/06/2016		08/06/2016	
25681652710		25681652710	
PB032714718		PB032714718	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10297354

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.366/94)

ASSINATURA DO POSTADOR

OBSERVAÇÕES

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

FILIAÇÃO
JOSE ADAILSON DA SILVA
GERSAIR FRANÇA DE MELO SILVA

NATURALIDADE
GUARABIRA-PB

RG
3184353 - SSP-PB

DATA DE NASCIMENTO
07/12/1989

CPF
087.058.964-00

DATA DE EXPEDIÇÃO
01 16/01/2018

ASSINATURA DO PRESIDENTE
PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

COMPREV
16 MAIO 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221590392
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 0034783690-9 00/00000000 2017

NOME
ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF / CNPJ
16188969468

PLACA
OFA8348/PB

PLACA ANT. / UF
NOVO PB

CHASSI
9BWAB45Z7C4056436

ESPÉCIE TIPO
PAS/AUTOMÓVEL/

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
VW/FOX 1.6 PRIME GII

ANO FAB. ANO MOD.
2011 2012

CAP. / POT. / CL.
5 P/104 /CV

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC. / COTAS
1º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
***** 0

2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 31/07/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

JOAO PESSOA-PB

DATA
31/07/2017

42692



Assinatura

Assinatura em Virtude da Guia
Diretor Suplente de Registro - DETRAN/PB

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221590392 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
2017 31/07/2017

VIA: 1 CPF / CNPJ 16188969468 PLACA OFA8348/PB

RENAVAM 00347836909 MARCA / MODELO VW/FOX 1.6 PRIME GII

ANO FAB. CAT. I.P.V.A. Nº CHASSI
2011 1 9BWAB45Z7C4056436

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL LÍQUIDO DO SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

S PAGAMENTO 31/07/2017
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

761-1110353-20170731

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

♦ O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

♦ ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELAS MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

♦ SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

♦ SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REUNA A DOCUMENTAÇÃO ABaixo INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM www.seguradoralider.com.br). SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

♦ VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R\$ 13.500,00	R\$ 13.500,00	R\$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DOS BENEFICIÁRIOS(S) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) (VÍNCULO COM O FALECIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LEI 8.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM DECORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FORAM COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTATANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CPN, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

♦ PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

♦ IMPORTANTE:

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O REEMBOLSO DE DANOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 13 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

♦ PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

♦ A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

♦ O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

♦ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE SLHETE.

♦ O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA OU COM A COTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

♦ O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 654/1980).

♦ 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.212/1991).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).



Seguradora Líder DPVAT

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.seguradoralider.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT: PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCAIS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E OUTRAS DÚVIDAS.



DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTORIDADE FISCAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO, RESEGURO E CORRETORES DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MINISTERIO DAS CIDADES

N:01313657794E

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PCT: 2016000052/296-9

1	0034783690-9	00/00000000
---	--------------	-------------

ORANGE IS NUMERICAL PAID LIT HAS

R. ADALBERTO E CASTRO 88 CASA

58064070 JOMAO PESSOA-PE

16188969468 OFA8348/PE

LUCAS GUIMARAES VIEIRA

NOVO	PB	9B0AB45Z7C4056435
------	----	-------------------

PAS/AUTOMOVEL/ALCO/GASOL

VB/FOX 1.6 PRIME GII	2011	2012
----------------------	------	------

5 E/104 /CV	PARTIC	BRANCA
-------------	--------	--------

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : CCR524617

42692
19/01/2011

7003781

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS
 O FÓRUM DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
 E TABELIAMENTO DE NOTAS - Código Civil e ETR
 Rua Francisco Antônio Pires, 141 - Jd. do Galvão - São Paulo - SP
 Tel. (011) 3041-1001 Fax (011) 3041-1002

Autentic a presente cópia
 reproduzida fiel do documento
 apresentado neste ato.

Marcio Timoteo
 de Oliveira
 N.º 1078746 - SSP-PR
 Confira os dados do ato em:
<http://notadigital.1pb.com.br>
 Escrivente Autorizado Valor do Ato: R\$ 3,10 16/08/2017

Tipo Normal C: AF566774-CTAS

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 4º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Cód. Reg. CNJ 06.975-0
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Cód. Reg. CNJ 06.975-0
Av. Presidente Vargas, 146 - Barra da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ 22250-000
Fone: (21) 2508-1111 - Fax: (21) 2508-1112 - E-mail: cjb@azevedobastos.com.br

Reconheço por autenticidade a assinatura de ORFANIS NUNES PADILHAS, a qual confiro com o padrão registrado nesse inventário, dia 11, João Pessoa, 10 de Setembro de 2017.

Em Teor e Verdade

MAPOELO TIMOTEO DE OLIVEIRA - Escrivão (Ost. 1. Total R\$ 11.811)

Sua Digital de Focalização Tipo Normal B. Ar:9407634J4J

Os dados do ato em: <https://portaltrf.jus.br>

DI ACCORDO: _____ ASSINATURA DEL COMPAGNO

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

^{*)} O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar por eventuais prejuízos decorrentes impostos e atualizações das rendições ali e/ou de sua comunicação (lei 9.405 - Art. 154 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

O adquirente tem prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição, para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB), e o abstenimento de transferir o veículo para terceiros, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

LOCAL E DATA: 2011-01-10

ENDERECO: Av. Rio Paraná, 1411 - 24.920 - 1000

50. _____

NOME DO COMPRADOR: DEBORA SARA DE SOUZA VALOR R\$ 1.000,00

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190328483 **Cidade:** Camalaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS **Data do acidente:** 28/08/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO DO PARIETAL ESQUERDO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1631846581



NOME
ALINE PEREIRA DA COSTA

DOC IDENTIDADE / ORIG EMISSOR UF
1284688 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
659.700.394-20 06/03/1968

FILIAÇÃO
JOSE CARVALHO DA COSTA
SEVERINA PEREIRA DA
COSTA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
[REDACTED] B

VALIDADE 1ª EMISSÃO
21/11/2019 27/02/1998

Nº REGISTRO
00569594723

OBSERVAÇÕES

EAR:

Aline Pereira da Costa

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
15/01/2018

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

86180687126
PB035066443

Aline

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1631846581

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
16 MAIO 2019
AG. JOAO PESSOA
PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190328483 **Cidade:** Camalaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS **Data do acidente:** 28/08/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO DO PARIETAL ESQUERDO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165317/19

Número do Sinistro: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF: 161.889.694-68

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ORRANEIS NUNES
PADILHAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO : 067.056.964-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

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 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: 23/05/2019
Nome: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO
CPF: 067.056.964-00

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA