



Número: **0824502-75.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **22/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOZI XAVIER DA SILVA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36953 877	23/11/2020 09:24	2768217_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309835

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Carta nº 16080292

Pag. 00881/00882 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309835

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00119/00120 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309835

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOZI XAVIER DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000038787444-7

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01669/01670 - carta_30 - INVALIDEZ

00020835



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: 049.430.804-48 Nome completo da vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

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

Nome completo: JOZI XAVIER DA SILVA CPF: 049.430.804-48

Profissão: RECUSO Endereço: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA Número: 05 Complemento: _____

Bairro: CENTRO Cidade: BARRA DE SANTA ROSA Estado: PB CEP: 58170-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (35) 98805-6659

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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1026 0 CONTA: 15115 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Peço 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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: João Pessoa, 20/08/20

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

X JOZI XAVIER DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença 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.







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00056.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00056.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:50 horas do dia 19 de abril de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Jozi Xavier da Silva**, conhecido(a) por Jozi, RG nº 2580557 SEDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria da Guia Xavier da Silva e Josimar Damásio da Silva, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 10/11/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino Matias Almeida, Nº 05, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Em Frente a Escola 1º Passo, na cidade de Barra de Santa Rosa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Severino Matias Almeida, nº 05, Casa, Em Frente a Escola 1º Passo, Barra de Santa Rosa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/05/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Local: Rua Severino Matias Almeida, nº 05, Casa, Em Frente a Escola 1º Passo, Barra de Santa Rosa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/05/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 Titan MIX, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor cinza, ano 2010, UF: PB, placa NPZ-6015, chassi 9C2KC1610AH042545, renavam 00212343513, características gerais: Cadastrado Em Nome de João Manoel de Sousa

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, o Notificante pegou uma carona na motocicleta já discriminada, do Sítio Pocinhos, distrito de Cuité-PB até sua residência e quando seguia pela BR 104 nesse sentido, foi surpreendido com uma outra motocicleta que surpreendentemente, saiu de uma estrada de chão, trancando-o bruscamente, consequentemente, arremessou o notificante ao solo que em decorrência da colisão, feriu-se gravemente, sendo na oportunidade, sido socorrido para o Hospital de Traumas na cidade de Campina Grande-PB, Dom Luiz Gonzaga Fernandes, conforme Laudo Médico apresentado.

ADENDO(S):

Que na data 25/08/2020, à(s) 16:55 horas, na 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, compareceu o(a) notificante para realizar o seguinte adendo: Moto CG 150 Titan, identificada pela placa NPZ 6016, conforme documentação apresentada. Adendo registrado por: Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula: 765015.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00056.01.2020.1.02.008



2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
8ª Delegacia Distrital da Capital



PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA
Segurança e Defesa Social

João Pessoa/PB, 25 de agosto de 2020.

EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil

JOZI XAVIER DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00058.01.2020.1.02.008

2/2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.430.804-48 4 - Nome completo da vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOZI XAVIER DA SILVA 6 - CPF: 049.430.804-48
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 9 - Número: 05 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58170-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98805-6654

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 38787444 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não 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, JOÃO PESSOA, 15/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 049.430.804-48 Nome completo da vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

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

Nome completo: JOZI XAVIER DA SILVA CPF: 049.430.804-48

Profissão: RECUSO Endereço: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA Número: 05 Complemento: _____

Bairro: CENTRO Cidade: BARRA DE SANTA ROSA Estado: PB CEP: 58170-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (35) 98805-6659

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: _____

AGÊNCIA: 1026 0 CONTA: 15115 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Peço 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 aos únicos 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: João Pessoa, 20/08/20

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

X JOZI XAVIER DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença 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.





BP 000-425-029

NOME DO EXERENTE

JOSIMAR DAMASIO DA SILVA
RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 05
BARRA DE SANTA ROSA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/503955-7

REFERÊNCIA

FEV/2020

APRESENTAÇÃO

21/02/2020

CONSUMO

125

VENCIMENTO

03/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 106,28

Assinatura: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/03/2020				
Pagador: JOSIMAR DAMASIO DA SILVA CNPJ/CPF: 368.209.464-49				
RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 05 - CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012477844	000503955202002	03/03/2020	R\$ 106,28	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.163/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DE SANTA ROSA
CEPEL: 55.6004.00000001-00
E-MAIL: SAUDE@BARRADESANTAROSA.PB.NOV.BR
HOME PAGE: WWW.BARRADESANTAROSA.PB.NOV.BR



SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que a Enfermeira Mariane Lorena prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **JOZI XAVIER DA SILVA** portador de Identidade nº 2.580.557 SSP/PB e CPF:049.430.804-48 vítima de acidente de moto no dia 25/05/2019, aproximadamente às 17:h00min, sendo a mesma, pós-avaliada e regulada para o Hospital de Trauma de Campina Grande.

Barra de Santa Rosa, 17 de Agosto de 2020.


Gabriella Santos Nepomuceno
(Secretaria Municipal de Saúde)

Gabriella Santos Nepomuceno
Secretaria Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa

Digitalizado com CamScanner



019

do paciente ou responsável quanto necessário

**GOVERNO
DA PARAIBA**

UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE CALZADA PT. BANANIS - UNP, BR 778/268 0018-52
R. Eulânio Pélissier, 4700 - Mafra, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 25.05.2019

Dr. JOZI XAVIER DA SILVA Idade: 025 N° ATEND: 1905427

ENTE DE TRABALHO: NAO
em 25/05/2019 HORA: 19:40:29

ACTALIDADE: ORTOPEdia

NO:

EXPLICAÇÃO DO MOTIVO:

AS VITAIS
T: SAT 02: PA: TEMP: PC: FR: PESO:

LETES () SIM (X) NAO HAS () SIM (X) NAO
MOTORA () SIM (X) NAO

REGLAS: NEGA

HECAGAO ENTES:

ADPO GERAL: BOM

LIACAO NEUROLOGICA

ONVELASO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
ESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APATICO
BRITADO () DIMINUICAO DE FORCA MOTORA

TONAS REFERIDOS

ERRE () VOMITO () DIARREA () EXANTEMA
RUBIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAC OES VISUAL
NAVELANIA () PLEITE () INAPETENCIA () ALTERAC OES VISUAL
PIGASTRALGIA () CONSTIPACAO () MILENA () SIBRILOS () TOSSE



CAIA DE DOR: DOR MODERADA

ASSPPECACAO DE RISCO:
BAIXO

EVOLUÇÃO DOS SINUS VITAIS

HORA PA	TEMP	FC	FR	DURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DIN

ENFERMEIRO COREN
Juana Kátia Vilar 51678

(Assinatura)



XO / CID:
ZUNDAIRO / PARCELA MÉDICA

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

Nº	PREScrições E CONDutas	HORÁRIO REALIZADO

5 5

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DO PACIENTE ____ / ____ / ____ As ____ : ____ h.

criticisms

(1) *Althea hirsutula* / (1) *Althea*

ρ_{ho} (vector)

A. I. Decisalo Médica

Inten e outro SETOR em HOSPITAL

1. *Woburn*

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE



11-22-2014

Data 31/05/2019

Acidente Durante Operação: NAO.

Exame Radiológico no Ato:SIM.

Relatório Imediato do Patologista:

e-quipe:
 Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR
 Aux 1: WYRY DE PAIVA CAMARA
 Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ
 Aux 3:
 Instrumentador: ANDRÉ
 Anestesta: HUMBERTO DE ALMEIDA FILHO
 Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Cirurgia:OSTEOSSINTESE
Data da Cirurgia:31/05/2019

Diagnóstico Pós-Operatório:

Diagnostico Pre-Operatório:

Atendimento:1905461

Data da Intermediação: 25/05/2019

Nome do Paciente: JOZI XAVIER DA SILVA

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

Número do Atendimento: 1905461 Clin: ORTOPEDIA I / Ent: I / Lei: 2

Número de Prontuário: 141672 DATA DA CIRURGIA: 31/05/2019



GOVERNO
DO PARÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO GONZAGA FERREIRAS
Av. Mel. Figueiredo, 4700 - Miraflores, Campinas - SP
Data: 31/05/2019
CNPJ: 08.778.268/0038-52

HTCG-Patient Administration

31/05/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 09:24:47

<http://pje.tiwb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112309244761800000035268920>

Número do documento: 20112309244761800000035268920

Num. 36953877 - Pág. 16

SUS

Único de
Saúde da
Saúde

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOZI XAVIER DA SILVA6 - Nº DO PRONTUÁRIO
19054617 - CARTÃO DO SUS
7088007678120108 - DATA DE NASCIMENTO
10/11/19939 - SEXO
Masc ☒ Femi ☐10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA DA GUIA XAVIER DA SILVA11 - TELEFONE DE CONTATO
83 99174778712 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
PROJETADA, 0, CENTRO13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Barra de Santa Rosa14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP
250160 PB 58170000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor @ abdômen
Snt @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fto cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

12

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fto - cirúrgico

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fto cirurgia fto torácica

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPE

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016286081505

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
BRENO COUTINHO TORRES31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
25/05/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

BRENO C. TORRES

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPE

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

NOTA DE CIRCULANTE

PACIENTE: YURI YAVIER DA SILVA D.O. 10-11-1993					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
			36 ANOS	2005422	
CIRURGIA: T.P.O. - Cirurgia Plástica		CIRURGIÃO: Dr. Eulálio da Silva Jr. - CRM 100968-7			
ANESTESIA: Baqui		ANESTESIA: Dr. Humberto			
INSTRUMENTADORA: André		DATA: 31.05.19	INÍCIO: 11h00	FIM: 11h30	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	40		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp. 0.2mg			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
0.05	Fentanil ml			Cera pr osso	
0.05	Igove ml			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
01	Mercaina 0.5%			Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	0.5		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutapak	
	Quelcion ml	0.5		Fila cardiaca	
	Rapfen amp.		03	Mononylon	
	Thionembutal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			SOROS	
0.5	Água Destilada amp.	0.5		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Decadron amp.			SG Gelado fr 500 ml	
	Dipirona amp.			SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Flavido amp.			SG Ringr fr 500 ml	
	Flebocortis amp.			SG fr 500 ml	
	Geramicina amp.				
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml				
	Heparina ml				
	Kanakion amp.				
	Lasix amp.				
	Medropropazol				
	Passil amp.				
	Prolarina				
	Revivan amp.				
	Stupitanon amp.				
02	Detrolina 1g				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			ORTESE E PROTESE	
	Agulha desc. 25 x 7				
02	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4.5				
01	Agulha pr raque nº 25				
0.5	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	EQUIPAMENTOS
1	Oxímetro de Pulso
1	Serra
1	Desfibrilador
1	Foco Frontal
1	Fonte de Luz
1	Foco Auxiliar
1	Eletrócloro
1	Oxímetro
1	Cardiomonitor
1	Perfurador Elétron

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Handwritten signature: Manoel Maria José R. Andrade
 Tcc. Enfermeiro
 CRP 100.000.000.000.000.000

MDG 06



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15021. Xavier da Silva




SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2.580.557 - 2 VIA

18/08/2011

JOZIL XAVIER DA SILVA

JOZILMAR DAMÁSIO DA SILVA

MARIA DA GUIA XAVIER DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

10/11/1983

NASC.N. 9257 FLS. 239VS LIV. A9

CGARTORIO BARRA DE ST. ROSA - PB

049.430.804-48

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03



DETRAN

DETRAN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTTC	EXERCÍCIO
1	00212343513	*****	2019

NOME
JOAO MANOEL DE SOUSA

CNPJ / CPF	PLACA
207.386.414-72	HP26A15

PLACA ANT. UF	CHASSI
NPZ 6015 / PB	9C2 KC1610A042545

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG150 TITAN MIX RS	2010	2010

CAP / POT / cil	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR	BRUNO

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
R\$ 0.00	04/06/2019	1º PAGO
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
002849 3X	R\$ *****	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO	***	DPVAT: PAGO	

OBSERVAÇÕES
NOTOR: KC16E1A042545 DE PORTE DE PLACAS
NOT VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
SANTA CRUZ/RN	04/06/2019
Coordenador de Registro de Veículos DETRAN - RN	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309835 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 5. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MÉDIO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243346/20

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

CPF: 049.430.804-48

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOZI XAVIER DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOZI XAVIER DA SILVA : 049.430.804-48

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: 28/08/2020
Nome: JOZI XAVIER DA SILVA
CPF: 049.430.804-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOZI XAVIER DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

