
Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2016

Carta n°: 8984613

A/C: LIDIANE SOARES ARAUJO

Sinistro: 3160244457 ASL-0844134/16
Vitima: LIDIANE SOARES ARAUJO
Data Acidente: 25/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2016

Carta nº: 8987322

A/C: LIDIANE SOARES ARAUJO

Sinistro: 3160244457 ASL-0844134/16

Vitima: LIDIANE SOARES ARAUJO

Data Acidente: 25/09/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta n°: 9580045

A/C: LIDIANE SOARES ARAUJO

Sinistro: 3160244457 ASL-0844134/16
Vitima: LIDIANE SOARES ARAUJO
Data Acidente: 25/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10548665

a/c: LIDIANE SOARES ARAUJO

Sinistro: 3160244457 ASL-0844134/16
Vitima: LIDIANE SOARES ARAUJO
Data Acidente: 25/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11470985

A/C: LIDIANE SOARES ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170432993 ASL-0300478/17

Vitima: LIDIANE SOARES ARAUJO

Data Acidente: 25/09/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

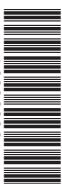
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11476946

A/C: LIDIANE SOARES ARAUJO

Sinistro: 3170432993 ASL-0300478/17
Vítima: LIDIANE SOARES ARAUJO
Data Acidente: 25/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11588040

A/C: LIDIANE SOARES ARAUJO

Sinistro: 3170432993 ASL-0300478/17
Vítima: LIDIANE SOARES ARAUJO
Data Acidente: 25/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2017

Carta n°: 11642054

A/C: LIDIANE SOARES ARAUJO

Sinistro: 3170432993 ASL-0300478/17
Vitima: LIDIANE SOARES ARAUJO
Data Acidente: 25/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jidiane Soares AraujoPORTADOR(A) DO RG Nº 3838545 EXPEDIDO POR SSDS/PR EM 30/04/2014CPF 10966085406 /CNPJ 00000000000000, PROFISSÃO funcionária

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jidiane Soares Araujo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

 CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALBANCO 104 • AGENCIA 036 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 000394619

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL João PessoaDATA 06/04/2016ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Jidiane Soares

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3160944454

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGU

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Edilson Soares AraújoPORTADOR(A) DO RG Nº 3838545EXPEDIDO POR SS/DS/PBEM 30/04/2014CPF 16316501854-06 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO funcionário

E RENDA MENSAL DÉ R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Edilson Soares Araújo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistra.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 000 • AGENCIA 156-4 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 59.811-2

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

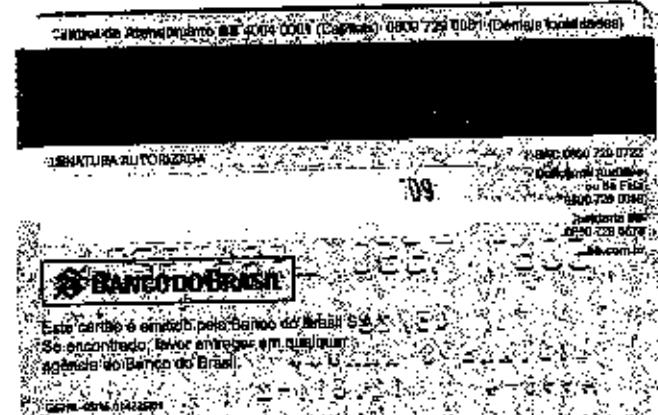
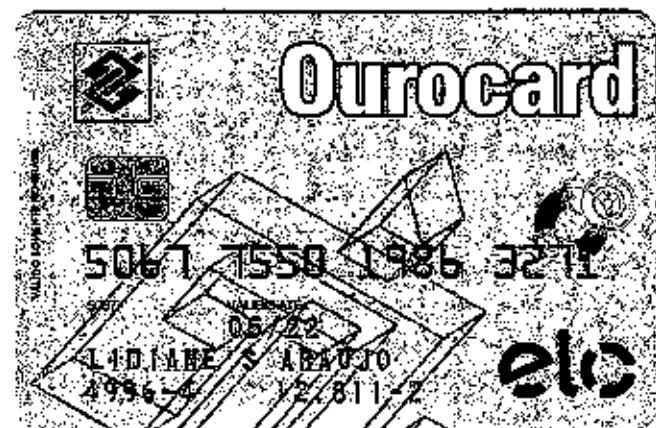
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL João Pessoa - PB DATA 30/04/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) José Edilson Soares Araújo

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ad/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Leidiane Soares AraújoPORTADOR(A) DO RG Nº 3.838.575EXPEDIDO POR SSDS - PBEM 30/04/14CPF 109630834-06 /CNPJ 0000000000000000PROFISSÃO estudante

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (uma mil reais) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Leidiane Soares Araújo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner ceifado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 N° da CONTA (com dígito, se existir) 0039461-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

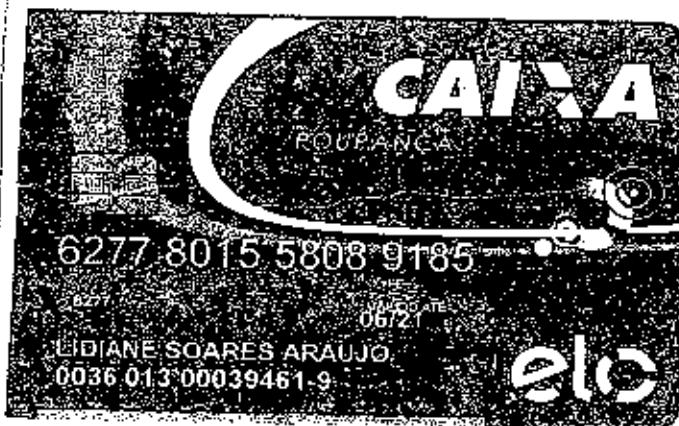
Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 N° da CONTA (com dígito, se existir) 0039461-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Leidiane Soares Araújo de 15 de Junho de 2017 Leidiane Soares Araújo
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Policie Civil
1^ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00105.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00105.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 25 dia(s) do mês de Janeiro do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, ESCRIVÃO DE POLÍCIA**, às 16:58 horas, compareceu **LIDIANE SOARES ARAÚJO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão [NÃO INFORMADO], naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 11 de Outubro de 1995, idade 20, filiação Patrícia Soares da Silva e Antônio Ferreira Araújo, Documento - RG: 3838575 SSP/PB, residente Rua Donzinha costa,30, [NÃO INFORMADO], na cidade de João Pessoa/PB, telefone [NÃO INFORMADO].

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 25/09/15, por volta das 00:20h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, cor vermelha, ano 2012/2013, de placa OFH-6405/PB, chassi nº 9C2KC1670DR400544, registrada em nome de Givaldo Agra Dantas, conduzida pelo mesmo, na ocasião que este trafegava pela Rua Radialista Nilton Junior, no conjunto Valentina de Figueiredo, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por outra motocicleta, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato a notificante veio a sofrer traumatismo crânio encefálico e contusão frontal, sendo socorrida pelo SAMU e conduzida ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 25 de Janeiro de 2016

LIDIANE SOARES ARAÚJO

Noticiante

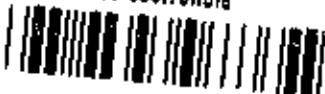
CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Processo 125.002-1

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSÉ LUIZINO KUHNSCHEK, 6-11 - ERNASTO DEBEL - CEP 38020-400 - JOÃO PESSOA - PARANÁ - TELEF. (41) 3201-4000
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que me foi exibido. Data: 10/03/2016 09:06:54
FERNANDA SILVA - Tabelia, em 11/03/2016 09:06:54
Valor: R\$2,13 FPN: R\$0,42 PPRFN:R\$0,25 ISS: R\$ 0,11 Selo
Digital- ACT195770-64ML Verifique em


Procedimento: 00105.01.2016.1.02.202

16:57 05-04-2016 0500280 দ্বিতীয় LINE পুরুষ 4



GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00105.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00105.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 25 dia(s) do mês de Janeiro do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 16:58 horas, compareceu **LIDIANE SOARES ARAÚJO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão [NÃO INFORMADO], naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 11 de Outubro de 1995, idade 20, filiação Patrícia Soares da Silva e Antônio Ferreira Araújo, Documento - RG: 3838575 SSP/PB, residente Rua Donzinha costa,30, [NÃO INFORMADO], na cidade de João Pessoa/PB, telefone [NÃO INFORMADO]

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 25/09/15, por volta das 00:20h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, cor vermelha, ano 2012/2013, de placa OFH-6405/PB, chassi nº 9C2KC1670DR400544, registrada em nome de Givaldo Agra Dantas, conduzida pelo mesmo, na ocasião que este trafegava pela Rua Radialista Nilton Junior, no conjunto Valentina de Figueiredo, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por outra motocicleta, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato a notificante veio a sofrer traumatismo crânio encefálico e contusão frontal, sendo socorrida pelo SAMU e conduzida ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 25 de Janeiro de 2016

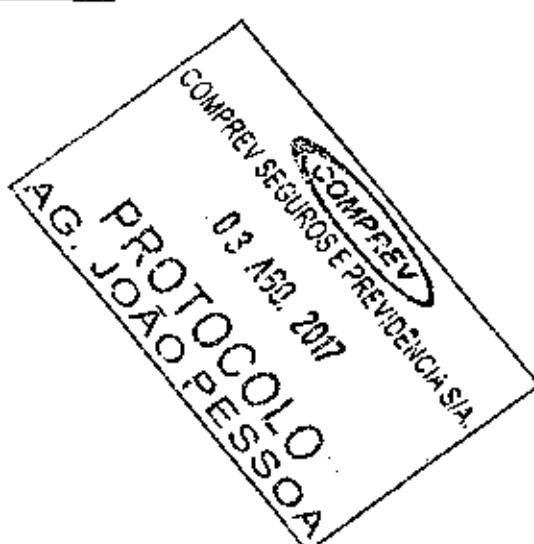
LIDIANE SOARES ARAÚJO

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX

ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Mat. 135.632-J





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Thiuliane Soares Araújo, portador da carteira de identidade nº 3.838.575 e inscrito no CPF sob o nº 109.650.854-06 residente e domiciliado na Branaldo Serrano de Barvalho, 511 - Gramame, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

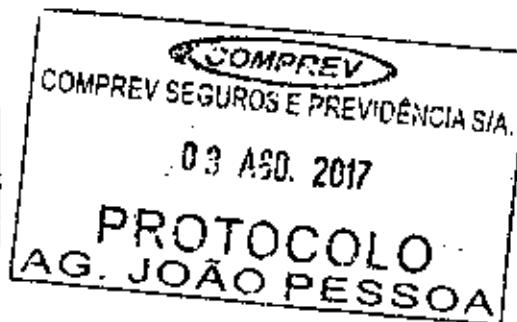
Thiuliane Soares Araújo

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

João Pessoa, 15 Junho 2017

Local e data





The logo for SAMU 192, featuring a stylized four-pointed star inside a circle, with the text "SAMU 192" and "REGIONAL JOÃO PESSOA" below it.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



PREFEITURA DE
**JOÃO
PESSOA**
200 MILÉS - 2.143

FCNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

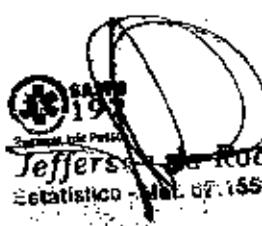
Convenção entre os Estados do Brasil e da Argentina



DECLARAÇÃO

Atendendo o requerimento nº 509/170, declaramos para os fins de direitos que consta em nossos registros, sobre protocolo: 960445, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente **LIDIANE SOARES ARAUJO**, idade 19 anos, vítima de **Acidente Automobilístico (Colisão moto x moto)** no dia 25/09/2015, Rua Radialista Nilton Junior, Bairro: Valentina - João Pessoa - aproximadamente às 00:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

João Pessoa, 01 de Outubro de 2015.



JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



FCNP108.806.754/0015-401
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

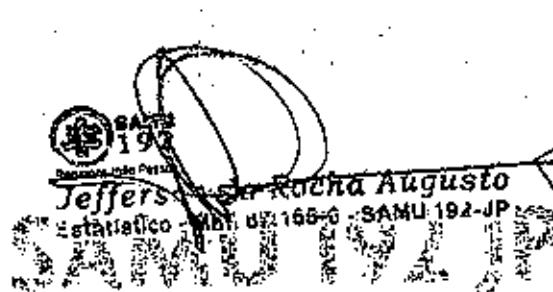
Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Atendendo o requerimento nº 509/170, declaramos para os fins de direitos que constam em nossos registros, sob o protocolo: 960445, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente **LIDIANE SOARES ARAUJO**, idade 19 anos, vítima de **Acidente Automobilístico** (Colisão moto x moto) no dia 25/09/2015, Rua Radialista Nelson Junior, Bairro: Valentina - João Pessoa - PB, aproximadamente às 00:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

João Pessoa, 01 de Outubro de 2015.



JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



FCNP108.806.754/0015-401
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

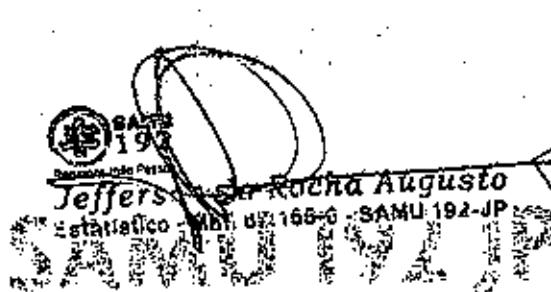
Comprovação de ato declaratório



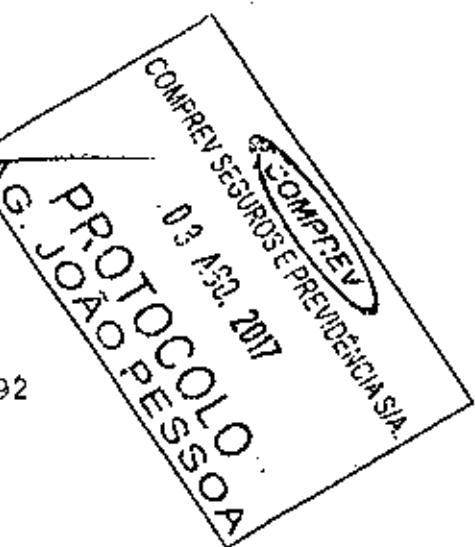
DECLARAÇÃO

Atendendo o requerimento nº 509/170, declaramos para os fins de direitos que constam em nossos registros, sob o protocolo: 960445, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente **LIDIANE SOARES ARAUJO**, idade 19 anos, vítima de **Acidente Automobilístico** (Colisão moto x moto) no dia 25/09/2015, Rua Radialista Nelson Junior, Bairro: Valentina - João Pessoa - PB, aproximadamente às 00:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

João Pessoa, 01 de Outubro de 2015.



JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Isidome Santos Arcujo,
RG nº 3838545, data de expedição 30/04/2014 Órgão _____,
CPF nº 30965085406, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Emanoel Sereano da Cunha</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Gramame</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58068387</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 388468435 / 83 38860-2841</u>
E-mail	<u>isidome.santos95@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 01/04/2016

Assinatura do Declarante: Isidome Santos Arcujo

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUAS E SANEAMENTO
Rua Peixinho Cirurgia, 228 - Jardim das Américas - PB
CEP: 58.015-670 - CUIT: 15.000.000/0001-07PAGA DENTRO DO MÊS DE REFERÊNCIA
MASCULINA

67133750

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MAR/2016

PATRÍCIA SOARES DA SILVA
RUA EVANILDO SERRANO DE CARVALHO S/N
GRAMAME
JOÃO PESSOA

58030-000

Inscrição	SNM	Quantidade de Economas				Responsável
		Anterior	Último	Último	Último	
601.92.214.8433	0	1	0	0	0	67133750
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
AU0138103	01/03/2001	5	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA				
2171	2173	4	29	29/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-ME				
SET/2015	4	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
OUT/2015	4	0	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
NOV/2015	4	0	COLIFORMES	284 284 284
DEZ/2015	3	0	CLORO	284 284 284
JAN/2016	5	0	TURBIDEZ	284 284 284
FEV/2016	5	0	COLIFORMES	0 0 0
MÉDIA(n)	4		DADOS REFERENTES A JAN/2016	

DATA DA LEITURA: 01/03/2016 HORA DA LEITURA: 15:38:37
 DESCRIÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
 RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³ 10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 PTS E FRETOS LET 12.247/12

VENCIMENTO: Total a Pagar:

15/03/2016 R\$32,78

V 15 Z 0 1 0

INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITOINFORMAÇÕES GERAIS:
PARA SUA CONODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO
MÁTICO.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Isidome Santos Arcujo,
RG nº 3838575, data de expedição 30/04/2014 Órgão _____,
CPF nº 30965085406, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Emanoel Sereano da Cunha</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Gramame</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58068387</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 388468435 / 83 38860-2841</u>
E-mail	<u>isidome.santos95@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 01/04/2016

Assinatura do Declarante: Isidome Santos Arcujo

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUAS E SANEAMENTO
Rua Peixinho Cirurgia, 228 - Jardim das Américas - PB
CEP: 58.015-670 - CUIT: 15.100.000/0001-07PAGA DENTRO DO MÊS DE REFERÊNCIA
MASCULINA

67132750

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MAR/2016

PATRÍCIA SOARES DA SILVA
RUA EVANILDO SERRANO DE CARVALHO S/N
GRAMAME
JOÃO PESSOA

58030-000

Inscrição	SNM	Quantidade de Economas				Responsável
		Anterior	Último	Último	Último	
601.92.214.8433	0	1	0	0	0	67132750
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
AU01138103	01/03/2001	5	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NUM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA				
2171	2173	4	29	29/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-ME				
SET/2015	4	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
OUT/2015	4	0	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
NOV/2015	4	0	COLIFORMES	284 284 284
DEZ/2015	3	0	CLORO	284 284 284
JAN/2016	5	0	TURBIDEZ	284 284 284
FEV/2016	5	0	COLIFORMES	0 0 0
MÉDIA(n)	4		DADOS REFERENTES A JAN/2016	

DATA DA LEITURA: 01/03/2016 HORA DA LEITURA: 15:38:37
 DESCRIÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
 RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³ 10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 PTS E FRETOS LET 12.247/12

VENCIMENTO: Total a Pagar:

15/03/2016 R\$32,78

V 15 Z 0 1 0

INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITOINFORMAÇÕES GERAIS:
PARA SUA CONODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO
MÁTICO.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Soares Araújo,

RG nº 3.838.575, data de expedição 30/04/2014,
Órgão SS.DS-PB CPF nº 309.650.854-06, venho perante a este
instrumento declarar que não posso 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:

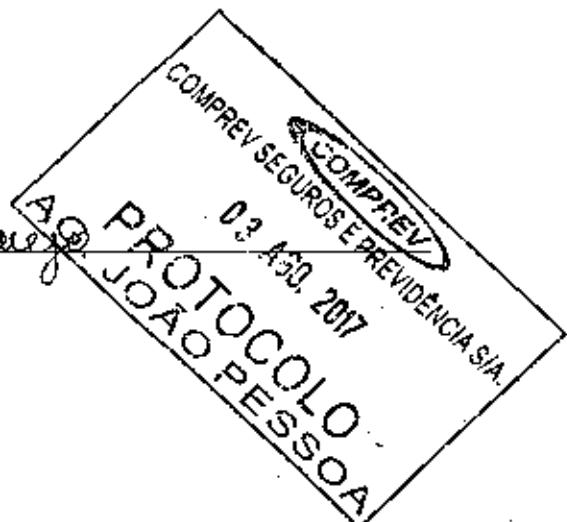
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Evamildo Serrano de Barvalho</u>
Número	<u>51N</u>
Aptº / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Guanambi</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58030-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 99342-1170 / 99105-5363 / 3510-8500</u>
E-mail	<u>alexandresarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa

PB, 15/06/17

Alexandre Soares Araújo
Assinatura do Declarante



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PIRARUBA
Rua Feliciano Chirre, 220 - Jardim das Palmeiras - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.664/0001-47

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

67132758

REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2017

PATRICIA SOARES DA SILVA
RUA EVANILDO SERRANO DE CARVALHO S/N

GRAMAME

58030-000

JOÃO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economas	Responsável
091.92.214.0433	0	1 0 0 0 0	67132758
Hidrômetro A00A138103	Data de Instalação 01/03/2001	Localização 5	Situação Água LIGADO Situação Esgoto POTENCIAL

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA			
1217	1221	4	32 01/02/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS			
JUL/2016	8	0	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
AGO/2016	4	0	COL.TERMOT 0 0 0
SET/2016	5	0	COL.TOTAIS 186 198 198
OUT/2016	5	0	CLORO 51 198 198
NOV/2016	4	0	TURBIDEZ 186 198 198
DEZ/2016	5	0	COR 51 58 58
MÉDIA(M)	5	0	DADOS REFERENTES A: NOV/2016

DATA DA LEITURA: 02/01/2017 HORA DA LEITURA: 13:48:56
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³ 10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 PIS E COFINS. LEI 12.741/2012
Total a Pagar:

VENCIMENTO:	15/01/2017	R\$32,78
-------------	------------	----------

v. 16.8 R. 1.8

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DE FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(S):
EXISTE(M) CONTAS ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:
PARA SUA CONVENIENCIA, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67132758	JAN/2017	15/01/2017	R\$32,78

2780010826-5 71327580120-5 17000000002-7



RECOMPRA
COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDENCIASIA
03 AGO. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Soares Araújo,

RG nº 3.838.575, data de expedição 30/04/2014,

Órgão SS.DS-PB CPF nº 309.650.854-06, 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>Evamildo Serrano de Barvalho</u>
Número	<u>51N</u>
Aptº / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Guanambi</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58030-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 99342-1170 / 99105-5363 / 3510-8500</u>
E-mail	<u>alexandresarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa

PB, 15/06/17

Alexandre Soares Araújo
Assinatura do Declarante



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PIRARUBA
Rua Feliciano Chirre, 220 - Jardim das Palmeiras - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.664/0001-47

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

67132758
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2017

PATRICIA SOARES DA SILVA
RUA EVANILDO SERRANO DE CARVALHO S/N

GRAMAME
JOÃO PESSOA

58030-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economas	Responsável
091.92.214.0433	0	1 0 0 0 0	67132758
Hidrômetro A00A138103	Data de Instalação 01/03/2001	Localização 5	Situação Água LIGADO Situação Esgoto POTENCIAL

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA			
1217	1221	4	32 01/02/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS			
JUL/2016	8	0	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
AGO/2016	4	0	COL.TERMOT 0 0 0
SET/2016	5	0	COL.TOTAIS 186 198 198
OUT/2016	5	0	CLORO 51 198 198
NOV/2016	4	0	TURBIDEZ 186 198 198
DEZ/2016	5	0	COR 51 58 58
MÉDIA(M)	5	0	DADOS REFERENTES A: NOV/2016

DATA DA LEITURA: 02/01/2017 HORA DA LEITURA: 13:48:56
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³ 10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 PIS E COFINS - LEI 12.741/2012
VENCIMENTO: Total a Pagar: 15/01/2017 R\$32,78

v. 16.8 R. 1.8

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DE FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIORES: EXISTE(M) CONTAS ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:
PARA SUA CONODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67132758	JAN/2017	15/01/2017	R\$32,78

2780010826-5 71327580120-5 17000000002-7



RECOMPRA
COMPREV
COMPREV
SEGURAS E PREVIDENCIAS
03 AGO. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOA
PESSOA

Comprovante de residência



vivo



Table 1: Summary of the 1000000000th Random State

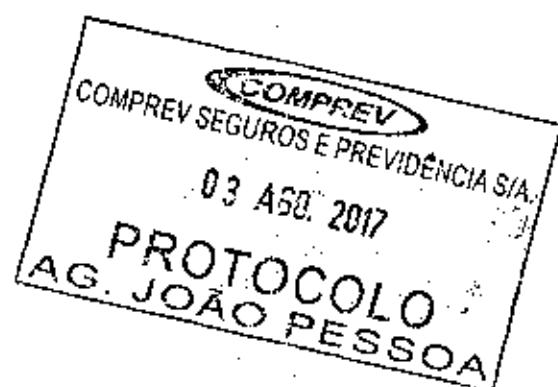
CID REDEPE PEJPA PLR
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV JOAO MACHADO, 389
SL 01
58013-520 JOAO PESSOA - PB

9198t9



Data de Preparação: 09/03/2018

vivo Conexão como nenhuma outra.





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

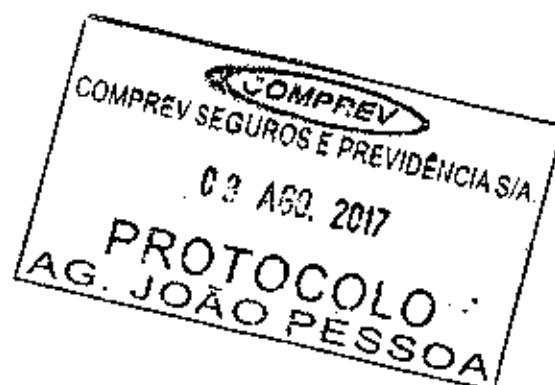
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Bidiane Soares Araújo do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Bidiane Soares Araújo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesára Duarte
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário do veículo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Givaldo Agra Dantas,

RG nº 3533994 data de expedição 28/03/2007

Órgão SSP/PIB, portador do CPF nº 08117757436, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Chateaubriand Brasil Neto, nº 69

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Isidiane Soares Araújo cujo o condutor era
Givaldo Agra Dantas.

Veículo: moto

Modelo: HONDA CG 150 FAN

Ano: 2012/2013

Placa: DFH-6405

Chassi: 9CQKC1670DR400544

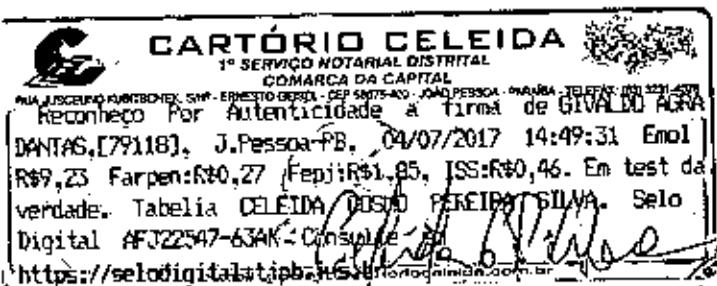
Data do Acidente: 25-09-15

Local e Data: Rua 25 de Março, 15-06-17

Givaldo Agra Dantas

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





**CRUZ VERDEMA
MAESTRERA**



DECLARAÇÃO

۲۲۳

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente Judiane Soárez Araujo, portador do RG nº 3.835.755-0/PB está ou esteve interno(a) neste Hospital para tratamento médico do dia 05/09/15.

João Pessoa, 28 de 09 de 2015.

Dec

Assistente Social

F(NG).APCSOC.022-1

1857 05/04/2016 039286 SEABREEZE LIBRARY

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

X HEERL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: DR. M. C. MENESES
CRM: _____ UF: _____ N°: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

1º Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria
2º Via - Orientação ao Paciente

Carimbo da Médico

Paciente: LIDIA MENESES SPAMER MENESES
Endereço: Aquartelada Morada de Oliveira Mato
Prescrição: 1000 mg dia
1000 mg dia
1000 mg dia
1000 mg dia

Assinatura do Médico

Data: 09/10/2011

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____
RG: _____ UF: _____ N°: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Carimbo da Médico

Data: / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



ICN 108.806.754/0015-401
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

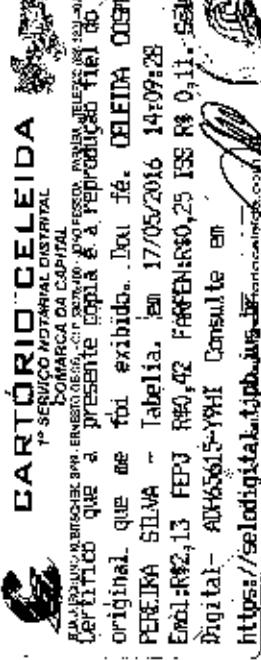
D E C L A R A Ç Ã O

Atendendo o requerimento nº 509/170, declaramos para os fins de direitos que consta em nossos registros, sobre protocolo: 960445, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente **LIDIANE SOARES ARAUJO**, (idade 19 anos, vítima de **Acidente Automobilístico (Colisão moto x moto)**) no dia 25/09/2015, Rua Radialista Nilton Junior, Bairro: Valentina - João Pessoa - aproximadamente às 00:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

João Pessoa, 01 de Outubro de 2015.

Jefferson da Rocha Augusto
estatístico - CRM: 67.155-6 - SAMU 192-JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
 DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOais

NOME DO PACIENTE	LIDIANE SOARES ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	11/10/95
NOME DA MÃE	PATRICIA SOARES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	868.307
PRONTUÁRIO N.º	90.652
DATA DO ATENDIMENTO	25/09/15
HORA DO ATENDIMENTO	01:18
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	TCE + HEDA + CONTUSÃO FRONTAL
CID 10	V 22 + S 06

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, RESGATADO PELO SAMU, COM TCE, APRESENTANDO-SE SONOLENTA, CONFUSA, COM ESCORIAÇÕES EM MMSS E EM AMBOS OS PÉS. NÃO USAVA CAPACETE (SIC). GLASGOW 13, SEM DÉFICIT MOTOR.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO- RELATO NCR- HEMORRAGIA EXTRA-DURAL FRONTAL DIREITA, COM DISCRETO DESVIO DA LINHA MÉDIA + PEQUENA CONTUSÃO FRONTAL DIREITA.

RX DE COLUNA CERVICAL

RX DE TÓRAX

RX DE BACIA

EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS

USG DE ABDOMEM TOTAL FAST

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDA À TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM DE HED FRONTAL ESQUERDO. OPERADO POR DR. MAURO GUERRA + MEDICAÇÃO + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.

ALTA HOSPITALAR: 11/10/15 COM RETORNO AO NCR NO HTOP

DATA DA EMISSÃO: 27/11/2015


 Dr. Joacila Braga Brandão
 CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MATERIAIS DE TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA DOROTÉA PEREIRA SILVA - Tabelião, em 17/05/2016 14:10:07
 Emol:R\$2,13 FEPJ: R\$0,42 FAFEN:R\$0,25 ISS: R\$ 0,11. R\$0,00
 Digital: ADW5618-GZB6 Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
 HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>JOÃO SÉRGIO ALVES</u>			Registro: <u>968307</u>		
Idade: <u>25</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>Pesam</u>	Clinica: <u>NUNO</u>	Enf: _____	Leito: _____
Data de admissão: <u>25/09/15</u>			Data da alta: <u>11/10/15</u>		
Diagnóstico inicial: <u>TLE</u>					
Diagnóstico final: <u>ATROFIA EXPANDENTE</u>					
Outros diagnósticos: <u>NNU</u>					
Principais exames: <u>TLE DE CAVO</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>25/09 - NUNO GOMES/Carvalho</u>					
Drainagem de hemorragia extrabácial frontal					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não (x)					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Entrada com quadro com convulsões</u> <u>Exame de rotina com resultado de negativo</u> <u>EEG com resultado de ED frontal (0)</u> <u>Decidiu-se internar com melhor prognóstico</u> <u>devido ao resultado</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>lata de leite</u>					
Repouso:					
relativo em casa por _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico em _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, vermelhidão ou incisão no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>1000mg de Paracetamol</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório <u>1º TUP</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa; <u>11</u> de <u>10</u> de <u>2015</u>					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

COMARCA DE SERRA DA ESTRELA - 01º TURMA - INSS PESO - INSS FERIA - PRESTADOR DE SERVIÇOS

que a presente cópia é a reprodução fiel do

original que

foi expido. Dado: 17/05/2016 na fe. CELEIDA CR

PEPEARA, SILVA - Tabelião, Ass. 17/05/2016 14:00:09

E-mail: ar213.FERJ.RB0.42.FERJENR0.25.ISS.RS.0.11.

CPF: 00000000000 Consulte em:

Site: www.tabelionatoceleida.com.br

E-mail: ar213.FERJ.RB0.42.FERJENR0.25.ISS.RS.0.11@tabelionatoceleida.com.br

Site: <http://www.tabelionatoceleida.com.br>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
 GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGÍCA LEGAL

C: 69216

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 29/01/2016 Hora do exame: 00:00

Órgão Requisitante: DAV. nº da Solicitação: 039/2016 Autoridade Solicitante: Francisco Deusedit Leitão Filho. Nome: LIDIANE SOARES ARAÚJO , 20anos, sexo: feminino Raça/cor: filho(a) de: Antônio Ferreira Araújo e de: Patrícia Soares da Silva , Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: João Pessoa/PB. Profissão: atendente de telemarketing.

HISTÓRICO: Acidente de moto em setembro de 2015. Sem queixas.

DESCRIÇÃO: Ao exame, periciando sem debilidades. Conforme laudo houve hematomia extradural tendo sido operado. Cicatriz a direita ao couro cabeludo.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? SIM, POR LESÃO INTROCRANIANO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? NÃO.

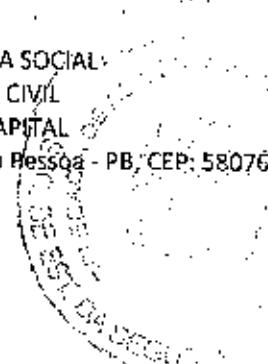
D(a) Alexandre Araújo Trigueiro
 Perito Oficial Médico Legal
 Matr. 155.452-3 CRM 4928/PB

CARTÓRIO CELEIDA
 7º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
 COMARCA DA CAPITAL
 CERTIFICO, NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE, ESTADO DO PIAUÍ, PELO FONTE, PESSOA FÍSICA, NOME: CELSO ADRIANO DE SOUZA
 original que se foi exibido. Dado fô. CELEIDA COSMO
 PEREIRA SILVA - Tabelião, em 17/06/2016 14:09:19
 Enc. R\$2,13 FEPJ. R\$0,42 FARPEM: R\$0,25 ISS R\$ 0,11
 Digital- ADH65614-UMPT. Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL

Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB, CEP: 58076-005



Requisição de exame nº 039/2016

Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO

Autoridade requisitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital
João Pessoa (PB), 28 de janeiro de 2016.

OBS:

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatólgico a pessoa abaixo mencionada:

- ❖ Nome: LIDIANE SOARES ARAÚJO
- ❖ Nacionalidade: Brasileira
- ❖ Naturalidade: João Pessoa/PB
- ❖ Estado civil: solteira
- ❖ Idade: 20 anos
- ❖ Profissão: Atendente de telemarketing
- ❖ Escolaridade: Ensino Superior incompleto
- ❖ Filiação: Antônio Ferreira Araújo e de Patrícia Soares da Silva
- ❖ Documento de identidade: 3.838.575-SSP/PB
- ❖ Endereço: Rua Donzinha Costa, nº 30, Valentina de Figueiredo, nesta capital
- ❖ Telefone: (83)

Histórico: Vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 25/09/15, por volta de 00:20h, na Rua Radialista Nilton Junior, Valentina de Figueiredo, nesta capital.

CARTÓRIO DELEIDA

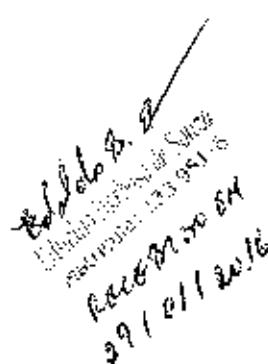
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelião, em 17/05/2016 14:09:57. End.: R\$2,13 FEPJ R\$0,42 FARPH:R\$0,25 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- ADH656174-L342 Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Francisco Deusdedit Leitão Filho
Francisco Deusdedit Leitão Filho
Delegado de Polícia Civil

Ilustríssimo Senhor
Dr. Fábio de Almeida Gomes
MD. Gerente Executivo de Medicina e
Odontologia Legal/GEMOL/SEDS.





GOVERNO DO ESTADO DA F.
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LIDIANE SOARES ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	11/10/95
NOME DA MÃE	PATRICIA SOARES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	868.307
PRONTUÁRIO N.º	90.652
DATA DO ATENDIMENTO	25/09/15
HORA DO ATENDIMENTO	01:18
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	TCE + HEDA + CONTUSÃO FRONTAL
CID 10	V 22 + S 06

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, RESGATADO PELO SAMU, COM TCE, APRESENTANDO-SE SONOLENTA, CONFUSA, COM ESCORIAÇÕES EM MMSS E EM AMBOS OS PÉS. NÃO USAVA CAPACETE (SIC). GLASGOW 13, SEM DÉFICIT MOTOR.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO- RELATO NCR- HEMORRAGIA EXTRA-DURAL FRONTAL DIREITA, COM DISCRETO DESVIO DA LINHA MÉDIA + PEQUENA CONTUSÃO FRONTAL DIREITA.

RX DE COLUNA CERVICAL

RX DE TÓRAX

RX DE BACIA

EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS

USG DE ABDOMEM TOTAL FAST

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDA À TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM DE HED FRONTAL ESQUERDO. OPERADO POR DR. MAURO GUERRA + MEDICAÇÃO + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.

ALTA HOSPITALAR: 11/10/15 COM RETORNO AO NCR NO HTOP

DATA DA EMISSÃO: 27/11/2015

Dr. Joacila Braga Brandão

CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRABALHO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

03 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>LIDIANE SOARES Araújo</u>		Registro: <u>868307</u>			
Idade: <u>25</u>	Sexo: <u>FEMININA</u>	Cot: <u>PACIFICA</u>	Clinica: <u>N 200</u>	Enf: _____	Leito: _____
Data de admissão: <u>25/09/15</u>		Data da alta: <u>11/10/15</u>			
Diagnóstico Inicial: <u>TLE</u>					
Diagnóstico final: <u>HIPERTROFIA EXTRADURAL</u>					
Outros diagnósticos: <u>NENHUM</u>					
Principais exames: <u>TIL DE CRÂNIO</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>25/09 - MARIO GUSTAVO / LIMA</u>					
Drainagem de humor branco extradural frontal					
Terapêutica medicamentosa: <u>Itardol</u>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não (X)					
Resultado bacteriológica:					
Condições de alta: Melhorado () Reenviado () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Vítima de acidente com moroquete</u> <u>evoluindo com rebuxamento de crânio</u> <u>TCC evidente - HGDc frontal (D)</u> <u>Evolução com melhora progressiva</u> <u>do exame neurológico.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>oral leve</u>					
Repouso: <u>relativo em casa por</u> _____ dias. <u>retorno às atividades sem esforço físico em</u> _____ dias. <u>retorno às atividades com esforço físico leve</u> _____ dias e com maior esforço _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes ao dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Itardol</u> _____ Número de _____					
Retorno: Ao posto de saúde em <u>1 semana</u> para retirada de ponto. Ao ambulatório <u>10/10/15</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>11 de 10 de 2015</u> Ass. Médico / CRM: _____					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRÔ DE IMAGEM

NOME: LIDIANE SOARES ARAÚJO

BE: 868307

DATA: 20/10/2015 15:29

DATA EXAME: 03.10.15

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Realizado cortes tomográficos axiais do crânio seguindo-se a orientação do plano órbito-mental, utilizando-se aquisições de 03 mm de espessura por 03 mm, com intervalo de 08 mm fosse posterior e 10 mm de espessura por 10 mm de intervalo na avaliação da região supratentorial, em condições de urgência/emergência.

LAUDO:

- Sinais de craniotomia frontal direita.
- Pequeno hematoma extra-axial na região frontal direita, junto ao local de manipulação cirúrgica.
- Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.
- Parênquima encefálico apresentando pequeno hematoma intraparenquimatoso na região frontal direita.
- Cerebelo e tronco sem alterações.
- Não há desvio de estruturas da linha média.
- Aumento de partes moles na região fronto-parietal direita.



DRA. GALBA LEITE OLIVEIRA DE AQUINO
MÉDICA RADIOLÓGISTA
CRM 6839



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: LIDIANE SOARES ARAUJO

DATA: 13/10/2015 09:43:07 BE:868307

S.F.

MÉDICO:

DATA DO EXAME: 03.10.15

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TECNICA:

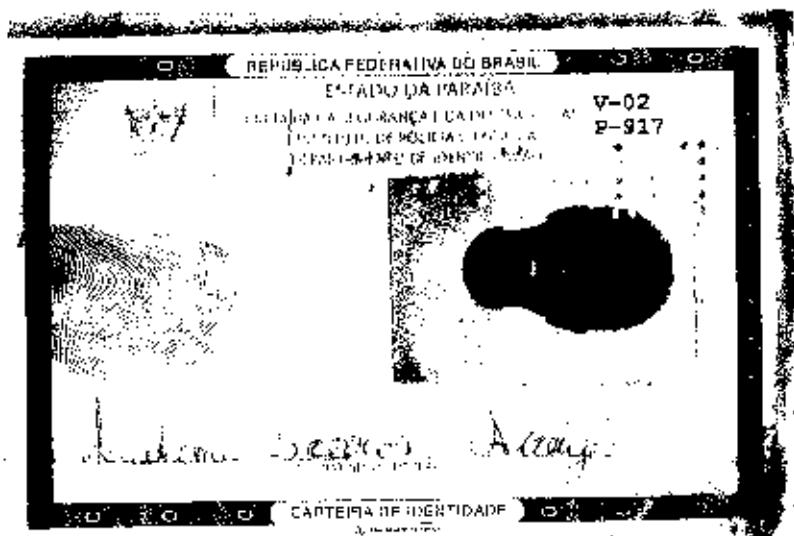
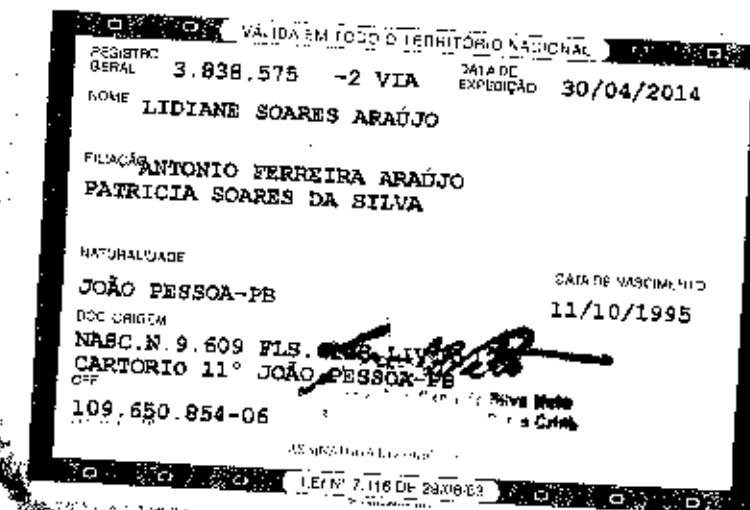
Realizado cortes tomográficos axiais do crânio seguindo-se a orientação do plano óbito-mastóide, utilizando-se aquisições de 03 mm de espessura por 03 mm, com intervalo de 05 na fossa posterior e 10 mm da espessura por 10 mm de intervalo na avaliação da região supratentorial, em condições de urgência/emergência.

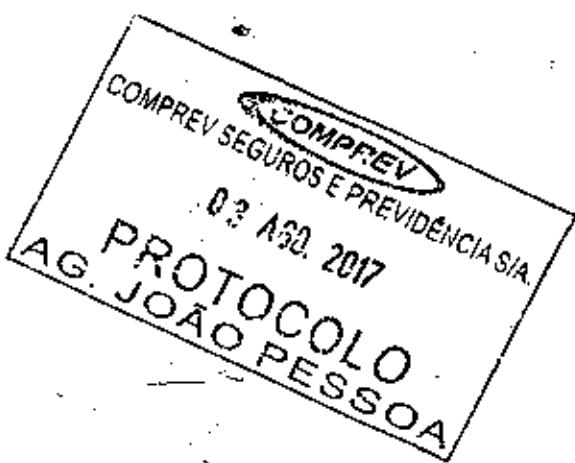
LAUDO:

- Craniectomia frontal direita.
- Hematoma subgaleal com enfisema subcutâneo frontal direito.
- Cavidades paranasais e mastóides, nos segmentos examinados, exibindo pneumatização apropriada para a faixa etária.
- Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos dentro da normalidade.
- Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.
- Não há desvio de estruturas da linha média.

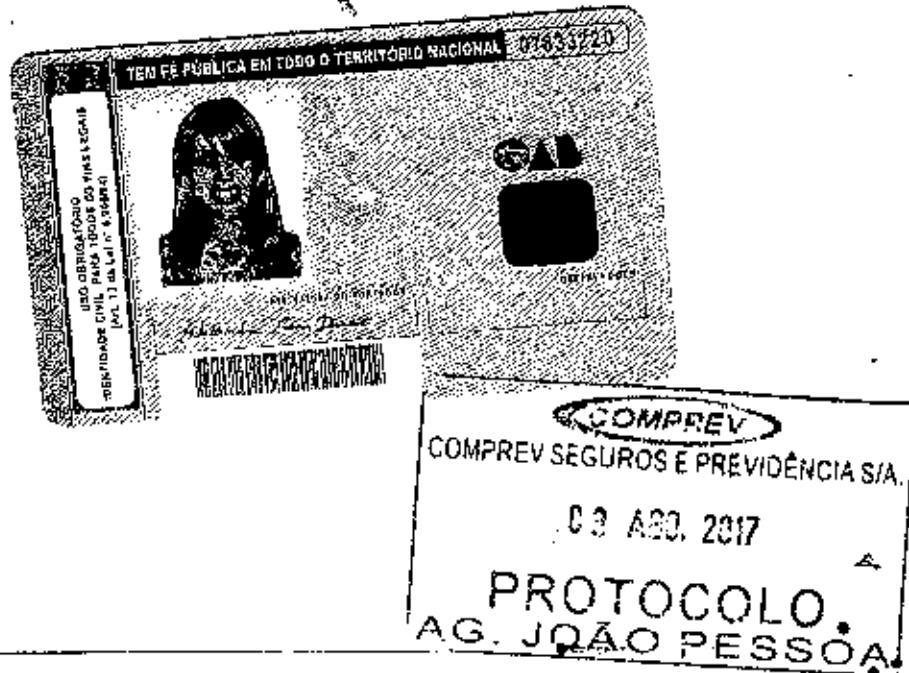
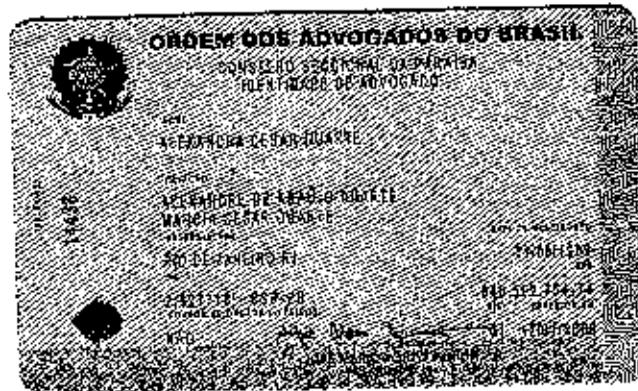
Dr. Leonardo Franco Felipe
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM 5263

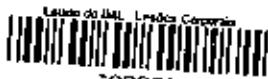
Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda. Deve ser ainda considerado o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.





Documentos de Identificação





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
 GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
 GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGÍCA LEGAL

C: 69216

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 29/01/2016 Hora do exame: 00:00

Órgão Requisitante: DAV. nº da Solicitação: 039/2016 Autoridade Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: LIDIANE SOARES ARAÚJO, 20anos, sexo: feminino Raça/cor: filho(a) de: Antônio Ferreira Araújo e de: Patrícia Soares da Silva, Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: João Pessoa/PB. Profissão: atendente de telemarketing.

HISTÓRICO: Acidente de moto em setembro de 2015. Sem queixas.

DESCRIÇÃO: Ao exame, periciando sem debilidades. Conforme laudo houve hematoma extradural tendo sido operado. Cicatriz a direita ao couro cabeludo.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? SIM, POR LESÃO INTROCRANIANO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? NÃO.

Dr(a) Alexandre Araújo Trigueiro
 Perito Oficial Médico Legal
 Mat:155.452-3 CRM 4928/PB

CARTÓRIO CELEIDA
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
 COMARCA DA CAPITAL
 Rua: APELHO ALTO, Número: 51 - Centro - MARIBA - PB - CEP: 58010-002 - Fone: (83) 3407-4072
 Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
 original que me foi exibido. Dali fêz: CELEIDA EDSON
 FERREIRA SILVA - Tabelião, em 11/03/2016 09:09:51
 End: R\$2,13 FEPJ R\$0,42 FAFEPJ: R\$0,25 ISS R\$ 0,11 Salvo
 Digital - ADY95779-0980 Data: 11/03/2016
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>LINE SANTOS FRANCO</u>			Registro: <u>868307</u>
Idade: <u>23</u>	Sexo: <u>FEMININA</u>	Cor: <u>BRASIL</u>	Clinica: <u>WILHE</u> Enf: <u></u> Leito: <u></u>
Data de admissão: <u>25/04/15</u>			Data de alta: <u>41/06/15</u>
Diagnóstico inicial: <u>TCE</u>			
Diagnóstico final: <u>CONVULSÃO EXTRAVASCULAR</u>			
Outros diagnósticos: <u>NBN</u>			
Principais exames: <u>TCE DE CRÂNIO</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>25/04 - VITORIO GUERRA / LIMA</u>			
Drrenagem de hematoma extravascular jambu			
Terapêutica medicamentosa: <u>metoclopramida</u>			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não (X)			
Resultado bacteriologia:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Vitória no nascimento com macróculo e evolução com rebatimento d. cefalóide. TCE evidenciou HEDs frontais. Evoluiu sem alteranças, sem melhor progresso no exame neurológico.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>líquido</u> .			
Repouso: relativo em casa por _____ dias.			
retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>metoclopramida</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>15/06/15</u> para retirada de ponto Ao ambulatório <u>14/07/15</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa, <u>11 de 06 de 2015</u> Ass. Médico CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edison Soares AraujoDATA DO ACIDENTE 25/09/2015 CPF DA VÍTIMA 40965085406

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É Lider Soares AraujoENDEREÇO DO PORTADOR R. Evandro Serrato Jr (1101) 0Nº 512 COMPLEMENTO Bairro GravatáCIDADE João Pessoa UF PB CEP 58068187E-MAIL EdisonSoares25@gmail.com TELEFONE (83) 988468495

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFÓRMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACCOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01/04/2016IDENTIDADE 3838575ASSINATURA Edison Soares Araujo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 01/04/2016 MATR. CORREIOS 8913417NOME Waldicelesa Cruz AlvesASSINATURA Waldicelesa Cruz Alves



Seguro DPVAT

Seguradora Líder

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

08/11/12/11/10

REMETENTE / Sender

Paulo Henrique Alves

ENDERECO / Address

Rua 123, Centro, São Paulo, SP, 00000-000

CEP / Zip

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CIDADE / City

São Paulo, SP, Brasil

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE 

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0844134/16

Vítima: LIDIANE SOARES ARAUJO
CPF: 109.650.854-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/09/2015

Titular do CPF: LIDIANE SOARES ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

LIDIANE SOARES ARAUJO : 109.650.854-06

Autorização de pagamento

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 seguros prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/08/2016

Nome: LIDIANE SOARES ARAUJO
CPF : 109.650.854-06

Data: 10/08/2016

Nome: Sharon David Mendes
CPF: 172.999.967-07

LIDIANE SOARES ARAUJO

Sharon David Mendes



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Isidiane Soares AraújoDATA DO ACIDENTE 25/03/2015 CPF DA VÍTIMA 50965085406

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É Isidiane Soares AraújoENDEREÇO DO PORTADOR Rua das Flores CostaNº 30 COMPLEMENTO BAIRRO ValentinaCIDADE João Pessoa UF PB CEP 58063380E-MAIL ISIDIANE SOARES 25@GMAIL.COM TELEFONE (83) 38846-8495

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

~~LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)~~

- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ~~BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)~~
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ~~AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO~~

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTIL DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/04/16

IDENITIDADE

3838545

ASSINATURA

Isidiane Soares Araújo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 14/04/16MATR. CORREIOS 84117883

NOME

Isidiane Soares AraújoAg. Nogueira C. de MendonçaAgente de Correios-Ativ. ComercialNat. 8.477.789-3

Lidiane Soárez Araujo

CPF = 309 650 854 06

Nascimento = 21/10/1995

Data do acidente = 25/05/2015

Simistro = 31 6024 4454

- Declaracão de inexistencia
- Documento hospitalar
- Autorizacao do pagamento

site: www.dpvatooficial.com.br
SAC DPVAT 0800 022 12 04



[facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMITENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
<i>Edilene Soares Araujo</i>		83) 38846-8495	
ENDERECO / Address			
<i>Rua dozinha costa 30 Valentina</i>			
CEP / Zip	58063-282	CIDADE / City	<i>João Pessoa</i>
		UF / State	<i>PB</i>
		PAÍS / Country	
		RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Corredores do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300478/17

Vítima: LIDIANE SOARES ARAUJO
CPF: 109.650.854-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 25/09/2015

Titular do CPF: LIDIANE SOARES ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

LIDIANE SOARES ARAUJO : 109.650.854-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/08/2017
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170432993 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE SOARES ARAUJO **Data do acidente:** 25/09/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/09/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170432993 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE SOARES ARAUJO **Data do acidente:** 25/09/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRA DURAL

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELAS

Resultados terapêuticos: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRA DURAL TRATADO CIRURGICAMENTE COM CRANIOTOMIA E DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRA DURAL. EVOLUIU SEM SEQUELAS NEURO MOTORAS E COM QUEIXAS DE DÉFICIT AUDITIVO EM OUVIDO DIREITO. NÃO APRESENTOU AUDIOMETRIA E A DEFICIÊNCIA NÃO FOI DETECTADA CLINICAMENTE.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/09/2017

Conduta mantida:

Observações: NÃO APRESENTA DEFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR RELACIONADO COM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL.
*NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO SEM SEQUELAS BASEADO NA AVALIAÇÃO PERICIAL - A VÍTIMA NÃO APRESENTOU AUDIOMETRIA QUE PERMITISSE A AVALIAÇÃO DO DÉFICIT AUDITIVO CITADO

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170432993 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE SOARES ARAUJO **Data do acidente:** 25/09/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRA DURAL

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELAS

Resultados terapêuticos: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRA DURAL TRATADO CIRURGICAMENTE COM CRANIOTOMIA E DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRA DURAL. EVOLUIU SEM SEQUELAS NEURO MOTORAS E COM QUEIXAS DE DÉFICIT AUDITIVO EM OUVIDO DIREITO. NÃO APRESENTOU AUDIOMETRIA E A DEFICIÊNCIA NÃO FOI DETECTADA CLINICAMENTE.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/09/2017

Conduta mantida:

Observações: NÃO APRESENTA DEFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR RELACIONADO COM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL.
*NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO SEM SEQUELAS BASEADO NA AVALIAÇÃO PERICIAL - A VÍTIMA NÃO APRESENTOU AUDIOMETRIA QUE PERMITISSE A AVALIAÇÃO DO DÉFICIT AUDITIVO CITADO

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Isidrone Souza Araujo
 brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão
Estudante, CI RG nº 3938545
 CPF/MF nº 109.550.854-06, residente e domiciliado(a) à Rua
Karenilda Sozinho de Carvalho
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58010-000, telefone
(83) 98846-8495, (83) 98860-7841/3512-8500

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o nº 046.502.754-74
 e RG sob o nº 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado,
 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

03 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Isidrone Souza Araujo, 15 de Junho de 2014



Isidrone Souza Araujo

OUTORGANTE

