

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2016

Carta nº: 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 médico-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](http://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](http://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](http://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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 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](http://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](http://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](http://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](http://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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

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

Sinistro: **3170432993 - 2**  
Nome do(a) Examinado(a): **LIDIANE SOARES ARAUJO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **EVANILDO SERRANO DE CARVALHO nº 0 - GRAMAME - JOAO PESSOA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3838575**  
Data local do exame: **06/09/2017 JOAO PESSOA/PB**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRA DURAL

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**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.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM

☒ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

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

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

☐ Vitima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO SEM SEQUELAS BASEADO NA AVALIAÇÃO PERICIAL - A VÍTIMA NÃO APRESENTOU AUDIOMETRIA QUE PERMITISSE A AVALIAÇÃO DO DÉFICIT AUDITIVO CITADO**

Local e data de realização do exame médico legal:

**PB - JOAO PESSOA, 06/09/2017**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



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, Indiane Soares Araújo  
PORTADOR(A) DO RG Nº 3838545 EXPEDIDO POR SSDS/PTB EM 30/04/2014  
CPF 109650854-06 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO pendente  
E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Indiane 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](http://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 \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA 0036 (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 Pessoa DATA 06/04/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Indiane 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](http://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 3160244457

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, Idiome Soares Araújo  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3838545 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 30/04/2016  
 CPF 169650854-06 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO estudante  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Idiome 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](http://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 001 AGÊNCIA 4956-4 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 12.811-2

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL João Pessoa - PB DATA 14/04/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Idiome Soares Araújo

**!** 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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.

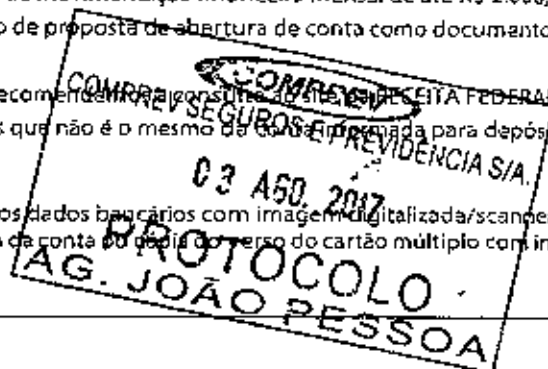
EU, LIDIANE SOARES ARAÚJO  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.838.575 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 30 / 04 / 19 E  
 CPF 109650854-06 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Estudante  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Lidiane 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 aparecem 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 Lotéricas 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 constante em [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta utilizada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº 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.

João Pessoa 15 de Junho de 2017

LOCAL E DATA

Lidiane Soares Araújo

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 00105.01.2016.1.02.202**

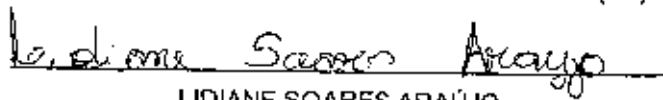
CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00105.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 25 dia(s) do mês de Janeiro do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes 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, expõe 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

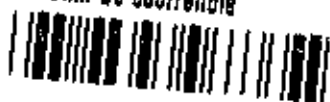
  
Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil

  
**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JILSON LINS RABELO, S/Nº - ERMITÃO QUEISEL - CEP 53025-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL/FAX (33) 3201-4000  
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. **CELEIDA CDSMD**  
FERREIRA SILVA - Tabelião, em 11/03/2016 09:06:59  
Email: R#2,13 FEPJ R#0,42 PAREN: R#0,25 ISS R# 0,11 Selo  
Digital - 4C195778-64HL Verifique em  
<https://selodigital.tpb.org.br/verificar>



Procedimento: 00105.01.2016.1.02.202

16:57 05/04/2016 09:02:00 SENADOR LUIZ BRANT 4



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª 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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 25 de Janeiro de 2016

*Lidiane Soares Araújo*

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, Leidiane Soares Araújo, portador da carteira de identidade nº 3.838.575 inscrito no CPF sob o nº 109.650.854-06 residente e domiciliado na Granildo Serrano de Carvalho, 514 - Grammaime, 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
- (X) 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.

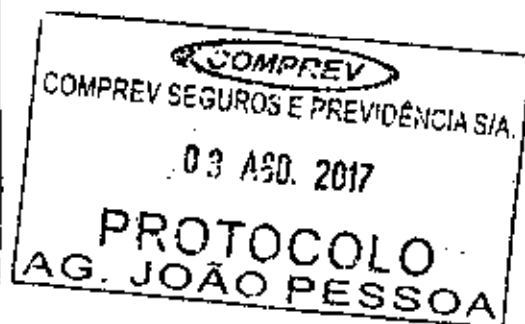
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leidiane Soares Araújo

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 15 Junho 2017

Local e data



**CNPJ 08.806.754/0015-401**  
**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 - Matr. 07.155-8 - SAMU 192-JP

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



SAMU  
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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**  
PRA VILLA VELHO

**CNPJ 08.806.754/0015-401**  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



## 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 Nelson 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 - Matr. 03.165-0 - SAMU 192-JP

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
03.152.2017  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



SAMU  
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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**  
PRA VILLA VELHO

**CNPJ 08.806.754/0015-401**  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



## 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, sob 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, 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 - Matr. 03.165-0 - SAMU 192-JP

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
03.152.2017  
**PROTÓCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Isidore Soares Araújo

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 Edmundo Sereno de Carvalho</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Grumame</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58068-387</u>
Telefone de Contato	<u>89 988468495 / 83 98860-2841</u>
E-mail	<u>isidoresoares25@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 01/04/2016

Assinatura do Declarante: Isidore Soares Araújo



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JUAZEIRO DO NORTE  
Rua Felício Cirino, 229 - Juaqueirópolis - Juaqueirópolis - PB  
CEP: 58.015-570 - FONE: (33) 3344-1111

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
ACIONE O SEU FONE

1155-0004

67132750

REFERÊNCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

PATRICIA SOARES DA SILVA  
RUA EVANILDO SERRANO DE CARVALHO S/N  
GRAMAME 58030-000  
JOAO PESSOA

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
001.92.214.0433	11	1	0	0	0	67132750
Hidronômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
AU0A138103	01/03/2001	5	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1171	1173	4	29	29/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-M5				
SET/2015	4	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
OCT/2015	4	0	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
NOV/2015	4	0	COLIFORMES	294 284 284
DEZ/2015	3	0	CLORO	294 284 284
JAN/2016	5	0	TURBIDEZ	294 284 284
FEV/2016	5	0	COLIFORMES	0 0 0
MÉDIA(M)	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 ATE 10m 10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$3 03 DTS E COEIMS LET 12-2012/13

VENCIMENTO: 15/03/2016 Total a Pagar: R\$32,78

VISZ 0.10  
INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL  
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO  
INFORMACOES GERAIS:  
PARA SUA CONODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO  
MÁTICO.

10:58 05/04/2016 090289 SERENNA LORA 00014

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Isidore Soares Araújo

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 Edmundo Sereno de Carvalho</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Grumame</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58068-387</u>
Telefone de Contato	<u>89 988468495 / 83 98860-2841</u>
E-mail	<u>isidoresoares25@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 01/04/2016

Assinatura do Declarante: Isidore Soares Araújo



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JUAZEIRO DO NORTE  
Rua Felício Cirino, 229 - Juaqueirópolis - Juaqueirópolis - PB  
CEP: 58.015-570 - FONE: (33) 3344-1111

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
ACIONE O SEU FONE

1155-0004

67132750

REFERÊNCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

PATRICIA SOARES DA SILVA  
RUA EVANILDO SERRANO DE CARVALHO S/N  
GRAMAME 58030-000  
JOAO PESSOA

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
001.92.214.0433	11	1	0	0	0	67132750
Hidronômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
AU0A138103	01/03/2001	5	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1171	1173	4	29	29/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-M5				
SET/2015	4	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
OCT/2015	4	0	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
NOV/2015	4	0	COLIFORMES	294 284 284
DEZ/2015	3	0	CLORO	294 284 284
JAN/2016	5	0	TURBIDEZ	294 284 284
FEV/2016	5	0	COLIFORMES	0 0 0
MÉDIA(M)	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 ATE 10m 10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$3 03 DTS E COEIMS LET 12-2012/13

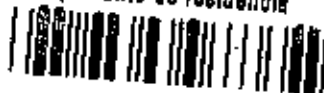
VENCIMENTO: 15/03/2016 Total a Pagar: R\$32,78

VIS 2 0 1 0  
SITUAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
SITUAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL  
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO  
INFORMACOES GERAIS:  
PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO  
MÁTICO.

10:58 05/04/2016 090289 SERENATA LUGA 0001 4

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Leidiane Soares Araújo

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

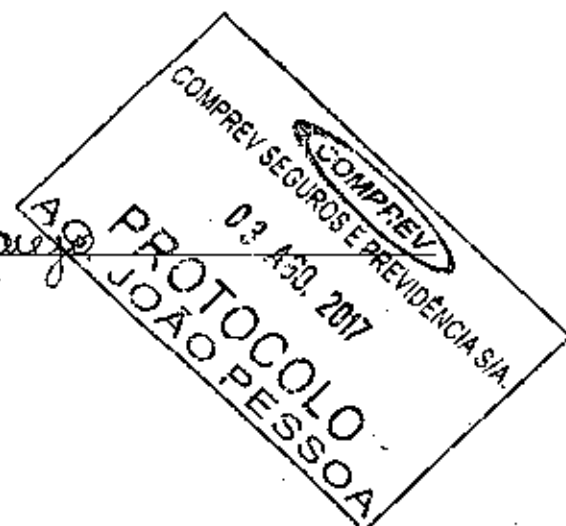
Órgão SSDS-PB CPF nº 109.650.854-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

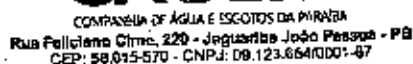
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Evamilho Serrano de Carvalho</u>
Número	<u>510</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Guanama</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58030-000</u>
Telefone de contato	<u>83-99342-1170/99105-5363/3512-8500</u>
E-mail	<u>alexandracesar Duarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PB 15/06/17

Leidiane Soares Araújo  
Assinatura do Declarante





## REFERENCIA

**CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS**

JAN 2017

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

**GRAMAME**

5.8030- 0:00

**JOAO PESSOA**

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residência	Comércio	Indústria	Parque	
001.92.214.0433		0	1	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
MEDIA(M)	5		DADOS REFERENTES A: NOV/2016	

DATA DA LEITURA: 02/01/2017

HORA DA LEITURA: 13:48:56

DATA DE EMISSÃO	DESCRIÇÃO
12/01/2010	...
13/01/2010	...
14/01/2010	...
15/01/2010	...
16/01/2010	...
17/01/2010	...
18/01/2010	...
19/01/2010	...
20/01/2010	...
21/01/2010	...
22/01/2010	...
23/01/2010	...
24/01/2010	...
25/01/2010	...
26/01/2010	...
27/01/2010	...
28/01/2010	...
29/01/2010	...
30/01/2010	...
31/01/2010	...
01/02/2010	...
02/02/2010	...
03/02/2010	...
04/02/2010	...
05/02/2010	...
06/02/2010	...
07/02/2010	...
08/02/2010	...
09/02/2010	...
10/02/2010	...
11/02/2010	...
12/02/2010	...
13/02/2010	...
14/02/2010	...
15/02/2010	...
16/02/2010	...
17/02/2010	...
18/02/2010	...
19/02/2010	...
20/02/2010	...
21/02/2010	...
22/02/2010	...
23/02/2010	...
24/02/2010	...
25/02/2010	...
26/02/2010	...
27/02/2010	...
28/02/2010	...
29/02/2010	...
30/02/2010	...
31/02/2010	...
01/03/2010	...
02/03/2010	...
03/03/2010	...
04/03/2010	...
05/03/2010	...
06/03/2010	...
07/03/2010	...
08/03/2010	...
09/03/2010	...
10/03/2010	...
11/03/2010	...
12/03/2010	...
13/03/2010	...
14/03/2010	...
15/03/2010	...
16/03/2010	...
17/03/2010	...
18/03/2010	...
19/03/2010	...
20/03/2010	...
21/03/2010	...
22/03/2010	...
23/03/2010	...
24/03/2010	...
25/03/2010	...
26/03/2010	...
27/03/2010	...
28/03/2010	...
29/03/2010	...
30/03/2010	...
31/03/2010	...
01/04/2010	...
02/04/2010	...
03/04/2010	...
04/04/2010	...
05/04/2010	...
06/04/2010	...
07/04/2010	...
08/04/2010	...
09/04/2010	...
10/04/2010	...
11/04/2010	...
12/04/2010	...
13/04/2010	...
14/04/2010	...
15/04/2010	...
16/04/2010	...
17/04/2010	...
18/04/2010	...
19/04/2010	...
20/04/2010	...
21/04/2010	...
22/04/2010	...
23/04/2010	...
24/04/2010	...
25/04/2010	...
26/04/2010	...
27/04/2010	...
28/04/2010	...
29/04/2010	...
30/04/2010	...
31/04/2010	...
01/05/2010	...
02/05/2010	...
03/05/2010	...
04/05/2010	...
05/05/2010	...
06/05/2010	...
07/05/2010	...
08/05/2010	...
09/05/2010	...
10/05/2010	...
11/05/2010	...
12/05/2010	...
13/05/2010	...
14/05/2010	...
15/05/2010	...
16/05/2010	...
17/05/2010	...
18/05/2010	...
19/05/2010	...
20/05/2010	...
21/05/2010	...
22/05/2010	...
23/05/2010	...
24/05/2010	...
25/05/2010	...
26/05/2010	...
27/05/2010	...</

CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
---------	---------	-----------	------------

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	32,78

R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$3.03 PIS E COFINS, LEI 12.741/2012

**VENCIMENTO:**

**Total a Pagar.**

R532.78

v. 16.8 B. 1.2

**SINDICATO DE LEITURA: REALIZAÇÃO**

CONDICAO DE LEITURA: REALIZAU  
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIORES)

POSICAO DE DEB. ANTERIORES  
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

INFORMACOES GERAIS:  
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO  
MATICO.



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
67132758	JAN/2017	13/01/2017	R\$32,78

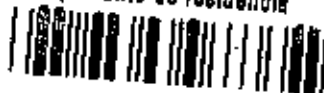
-----5 22780010826-5 71327580120-5 17000000002-7



1150 *Rev. L. M. Janssen et al.*

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Leidiane Soares Araújo

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

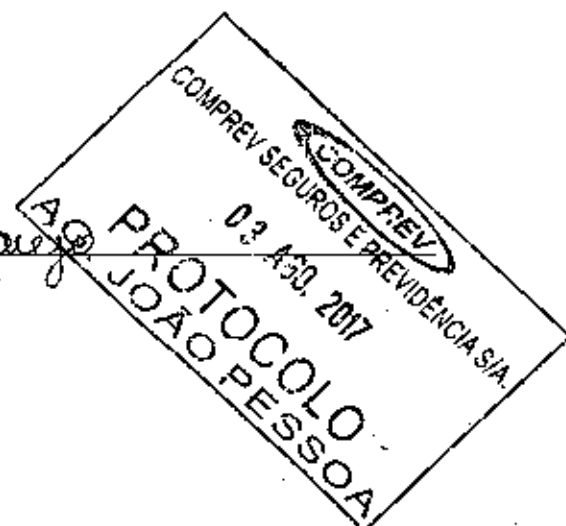
Órgão SSDS-PB CPF nº 109.650.854-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Evamilho Serrano de Carvalho</u>
Número	<u>510</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Guanama</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58030-000</u>
Telefone de contato	<u>83-99342-1170/99105-5363/3512-8500</u>
E-mail	<u>alexandracesarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PB 15/06/17

Leidiane Soares Araújo  
Assinatura do Declarante



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.664/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTENÚMERO

MATRÍCULA

67132758

REFERÊNCIA

JAN/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

PATRICIA SOARES DA SILVA  
RUA EVANILDO SERRANO DE CARVALHO S/N  
GRAMAME 58030-000  
JOÃO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.92.214.0433	0	1	0	0	0	67132758
Hidrometro 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
MEDIA(M)	5		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 ATE 10m	10 32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$3,00 PIS E COFINS, LEI 12.741/2012

VENCIMENTO: 15/01/2017 Total a Pagar: R\$32,78

v. 16.8 R. 1.0

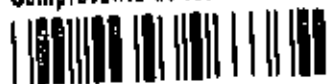
CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL  
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.INFORMACOES GERAIS:  
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO  
MÁTICO.

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

-----CAGEPA----- 32780010826-5 71327580120-5 17000000002-7



Comprovante de residência



**vivo**



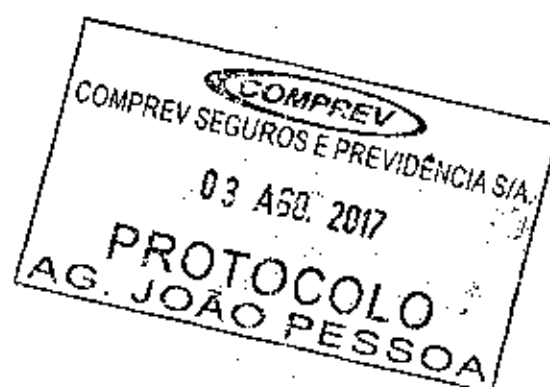
C/O NEOPH PLAZA FLR  
ALEXANDRA CESAR DUARTE  
AV JOAO MACHADO, 389  
SL 01  
58013-520 JOAO PESSOA - PB

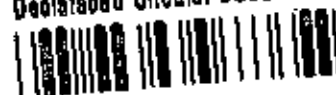
011812



Data de Postagem: 09/08/2016

**vivo** Conexão como nenhuma outra.





## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.  
<sup>2</sup> 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,

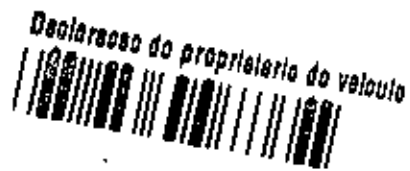
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Isidione Soares Araújo do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Isidione Soares Araújo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte  
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





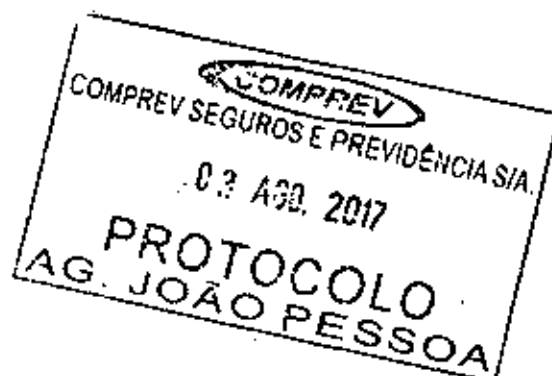
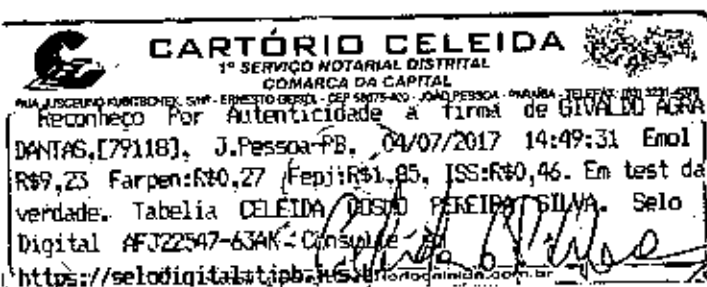
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Givaldo Agra Dantas,  
RG nº 3 533 99 4, data de expedição 28/03/2007  
Órgão SSOSP/PB, portador do CPF nº 087 177 574 36, 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  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Leidiane Soares Araújo cujo o condutor era  
Givaldo Agra Dantas.

Veículo: moto  
Modelo: HONDA / GG 150 FAN  
Ano: 2012/2013  
Placa: DFH-6405  
Chassi: 9C2KC1670DR400544  
Data do Acidente: 25-09-15  
Local e Data: João Pessoa, 15-06-17

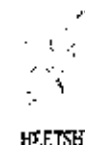
Givaldo Agra Dantas  
Assinatura do Declarante

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






## DECLARAÇÃO Internação



Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente  
Judiane Soares Araújo, portador do RG  
nº 383575550/Pg está ou esteve interno(a) neste Hospital para tratamento médico do dia  
30/09/15.

João Pessoa, 30 de 09 de 2015.

  
\_\_\_\_\_  
Assistente Social

Assistente Social

F(NG).APCSOC.022-1

18:57 05/04/2016 09:286 35870000 LIDER DPVAT 4



# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

☒ HETSAL

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: Carla M. C. Mendes

CRM: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria  
2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: LIDIANE SOARES MARIANO

Endereço: Avenida de Mariana de Oliveira Maia

Prescrição: 100mg 100cps  
identical 100mg 100cps  
100mg 1cp vo 12/12h

Carimbo do Médico

Data: 19/10/2015

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Médico

Carimbo do Médico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DA PARÁ  
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, MINISTÉRIO DO 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 CORRÊA PEREIRA SILVA - Tabelião, em 17/05/2016 14:10:07  
Eml:R\$2,13 FERT R\$0,42 FARPEN:R\$0,25 ISS R\$ 0,11. São  
Digital- ADM65618-GZBG Consulte em  
<https://selodigital.tpb.jus.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Lauda Médica / Resumo de Alta



Nome: <u>LIDIANE SOARES BRUNO</u>			Registro: <u>968307</u>		
Idade: <u>25</u>	Sexo: <u>FEMININO</u>	Cor: <u>BRANCA</u>	Clinica: <u>NAO</u>	Enf: <u>NAO</u>	Leito: <u>NAO</u>
Data de admissão: <u>25/09/15</u>			Data da alta: <u>11/10/15</u>		
Diagnóstico inicial: <u>TLE</u>					
Diagnóstico final: <u>HEMATOMA EXTRADURAL</u>					
Outros diagnósticos: <u>NN</u>					
Principais exames: <u>TC DE CABEÇA</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>25/09 - MAURO GONCALVES/LOPES</u>					
<u>Desnecrose de hematoma extradural frontal</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>Antidotal</u>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não (X) Coleta de material: sim ( ) não (X)					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Adm. no hospital com hematomas</u> <u>evoluindo para hematomas de grande porte</u> <u>na região frontal (D)</u> <u>Exat. sem alterações, com melhora progressiva</u> <u>de quadro clínico.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>oral leve</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, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Antidotal e Analgésico</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório <u>1º SUP</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>11</u> de <u>10</u> de <u>2015</u>					
Ass. Médico / GRM					
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  
RUA JOSEPH WILHELM, 100 - JARDIM DE SÃO JOÃO - 51020-000 - JOÃO PESSOA - PB  
Cartório que a presente cópia é a reprodução fiel do original que se foi exibido. Dou fé. CELEIDA OLIVEIRA  
FONECEIRA SILVA - Tabelião, em 17/05/2016 14:09:09  
Emol 142,13 FEPEI 140,42 FAFENEMO 25,155 R\$ 0,11.  
Digital - ADM5613-LH24 Consulte em  
<https://selidigital.tribuna.pb.gov.br/portal/portal.asp>



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 ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 69216

## LAUDO TRAUMATOLOGICO

### Ferimento ou ofensa física

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

Órgão Requiritante: 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.

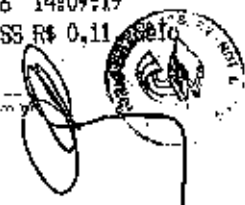
Dr(a) Alexandre Araújo Trigueiro  
Perito Oficial Médico Legal  
Mat:155.452-3 CRM 4928/PB



**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

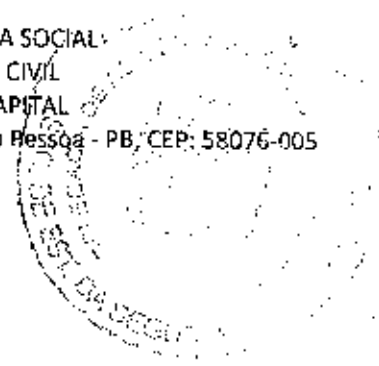
CERTIFICO que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelião. em 17/05/2016 14:09:19  
Emol:R\$2,13 FEPJ R\$0,42 FAREM:R\$0,25 ISS R\$ 0,11  
Digital- ADM65614-UMPT. Consulte em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





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: TRAUMATOLOGICO

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 traumatológico 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 CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA ASSIS NOBRETECHES, 307 - CENTRO - JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58011-400  
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  
Eml:R\$2,13 FEPU R\$0,42 FARPEN:R\$0,25 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- ADH65617-L342 Consulte em <https://seindigital.tpb.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.

*Fábio de Almeida Gomes*  
Fábio de Almeida Gomes  
Naturalidade: 12/3/1981  
29/01/2016



GOVERNO DO ESTADO DA PERNAMBUCO  
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 MÊDIA + 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.

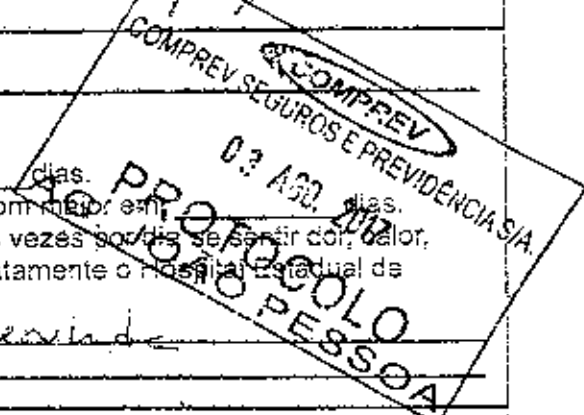
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
03 AGO. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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>	Cor: <u>PARDA</u>	Clinica: <u>NOVO</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>HEMATOMA EXTRADURAL</u>					
Outros diagnósticos: <u>NN</u>					
Principais exames: <u>TTC DE CRÂNIO</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>25/09 - MARIO GUERRA / LUCIANO</u>					
<u>Drenagem de hematoma extradural frontal</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>Insuficiente</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>VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOQUELO</u> <u>EVOLVENDO COM REDUZIMENTO DA INFLAMAÇÃO</u> <u>TCC evidenciou HEDC frontal (D)</u> <u>Evolutiva sem intercorrências, com melhor prognóstico</u> <u>de recuperação funcional</u>					
Dieta: <u>oral livre</u>					
Reposo: 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>Insuficiente</u> <u>Numerosas</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em <u>1 semana</u> para retirada de ponto.					
Ao ambulatório <u>HTOP</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>11</u> de <u>10</u> de <u>2015</u>					
Ass. Médico / GRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





GOVERNO DO ESTADO DA PARÁIBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO 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-mesial, utilizando-se aquisições de 03 mm de espessura por 03 mm, com intervalo de 05 na fossa posterior e 10 mm de espessura por 10 mm do 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 RADIOLOGISTA  
CRM 5838



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

MÉDICO:

DATA DO EXAME: 03.10.15

S.F.

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

### TÉCNICA:

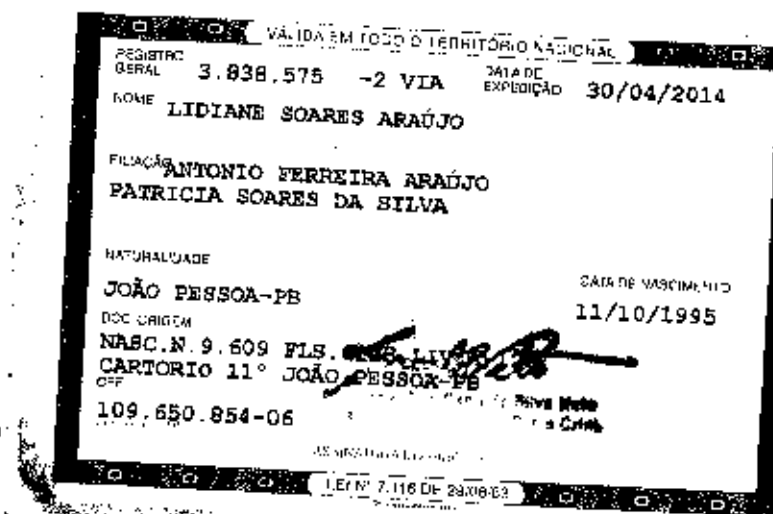
Realizado cortes tomográficos axiais do crânio seguindo-se a orientação do plano órbito-meatal, utilizando-se aquisições de 03 mm de espessura por 03 mm, com intervalo de 05 na fossa posterior e 10 mm de espessura por 10 mm de intervalo na avaliação da região supratentorial, em condições de urgência/emergência.

### 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.



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SERVIÇO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-917

IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICADO: *JOÃO PESSOA*

IDENTIFICADOR: *JOÃO PESSOA*

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 3.838.578 -2 VTA

NOME LIDIANE SOARES ARAUJO

NACIONALIDADE NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

NASC. N. 9.609 T.S. 21/10/1995

CARTÃO 11. JOÃO PESSOA-PB

109.650.854-06

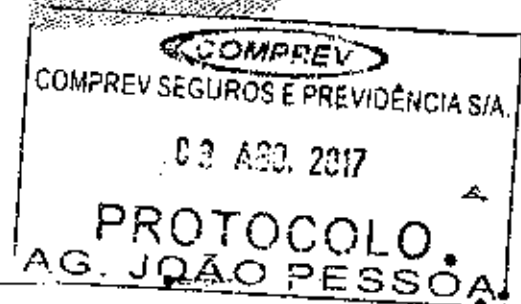
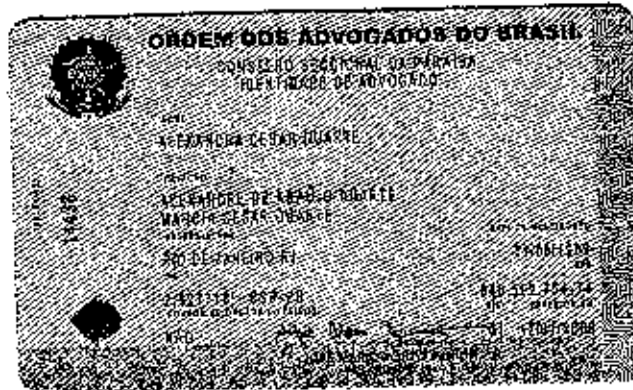
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/04/2014

DATA DE ASSINATURA 21/10/1995

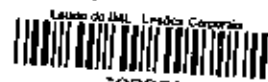


Documentos de Identificação





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 ODONTOLÓGICA LEGAL



C: 69216

## LAUDO TRAUMATOLOGICO

### 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, 20 anos, 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 extracranial 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 492R/PB



**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

ILDA JUSCELINO KURTSCHEK SYN - FERNANDO LUSTEL - CPF 98015-46 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFONE (81) 381-4071  
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA GOSMI PEREIRA SILVA - Tabelião em 11/03/2016 09:09:51  
Empre:R\$2,13 FEPU R\$0,42 FAFEN:R\$0,25 ISS R\$ 0,11, Selo Digital- ADY95779-DSS3 Convalida em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br/validacao/verifica>





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>Liliana Soares Bezerra</u>			Registro: <u>868307</u>		
Idade: <u>45</u>	Sexo: <u>Feminino</u>	Cor: <u>Parda</u>	Clinica: <u>Neuro</u>	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>25/04/15</u>			Data da alta: <u>11/10/15</u>		
Diagnóstico inicial: <u>TLE</u>					
Diagnóstico final: <u>HEMATOMA EXTRADURAL</u>					
Outros diagnósticos: <u>NEN</u>					
Principais exames: <u>TC DE CRÂNIO</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>25/04 - WILSON GUSTAVO / LUCIANO</u>					
<u>Drenagem de hematoma extradural frontal</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>Indolmetacina</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>Última no momento com motorizete</u> <u>evoluindo com recuperação da consciência</u> <u>TC evidenciou HEDa frontal @</u> <u>Evolui sem intercorrências, com melhora progressiva</u> <u>no exame neurológico.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>Oral livre</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>Indolmetacina</u> ; <u>Nimetolida</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em <u>1 semana</u> para retirada de ponto, Ao ambulatório <u>14/10/15</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>11</u> de <u>10</u> de <u>2015</u> Ass. Médico / GRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Lidiane Soares Araújo  
 DATA DO ACIDENTE 25/09/2015 CPF DA VÍTIMA 20965085406

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM

A VÍTIMA É Lidiane Soares Araújo

ENDEREÇO DO PORTADOR R. Evânildo Serrano Jr. Corvalão

Nº 517 COMPLEMENTO  BAIRRO Grumama

CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58068187

E-MAIL lidiane.soares25@gmail.com TELEFONE (83) 988468496

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, TAIS 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, INFORMANDO 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 ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO 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, TAIS 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.DPVATSEGUROOUTRAVIA.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGUROOUTRAVIA.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/04/2016

IDENTIDADE 3838545

ASSINATURA Lidiane Soares Araújo

## RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NOS CORREIOS

DATA 01/09/16 MATR. CORREIOS 09134114

NOME Wagner de Jesus Cruz Albuquerque

ASSINATURA [Assinatura]



6/15



# Seguro DPVAT

Seguradora Líder

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

0844134/16

REMETENTE / Sender

Paulo Roberto de Jesus Azeiteiro

ENDEREÇO / Address

Rua ... ... ...

CEP / Zip

75200-000

CIDADE / City

Aracaju

RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



**PROTOCOLO 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

**Portador da documentação entregue**

Data: 10/08/2016

Nome: LIDIANE SOARES ARAUJO

CPF : 109.650.854-06

**Responsável pelo recebimento na seguradora**

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 Lidiane Soares Araújo  
 DATA DO ACIDENTE 25/08/2015 CPF DA VÍTIMA 50965085406

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Lidiane Soares Araújo  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua dos Pinhos Costa  
 Nº 30 COMPLEMENTO  BAIRRO Volantina  
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58063380  
 E-MAIL LIDIANESOBRES25@GMAIL.COM TELEFONE (83) 98846-8495

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, TAIS 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 MENOR, 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, TAIS 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)
- ☐ COMPROVANTE 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 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, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/01/16  
 IDENTIDADE 3838 545  
 ASSINATURA Lidiane Soares Araújo

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 14/01/16 MATR. CORREIOS 8411345  
 NOME Jose Roberto de Mendonça  
 ASSINATURA Jose Roberto de Mendonça  
 Nat. 8.477.789-3

Lidiane Soares Araujo

CPF = 309650 85406

Nascimento = 11/10/1995

Data do acidente = 25/05/2015

Sinistro = 3160244454

- Declaração de inexistência
- Documento hospitalar
- Autorização do pagamento

site: [www.dpvat.com.br](http://www.dpvat.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial


BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

REMITENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Indiane Soares Araújo		(83) 98846-8495	
ENDEREÇO / Address			
Rua dozeirinha costa 30			
Valentina			
CEP / Zip		CIDADE / City	UF / State PAIS / Country
58063282		João Pessoa	PB

RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Comércios 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Valoração 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:**

*Dores Mendes*

# 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:**

*Dores Mendes*

# PROCURAÇÃO

Procurador



## OUTORGANTE:

Lidiane Soares Azeite  
 brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Estudante  
 CI RG nº 3838545  
 CPF/MF nº 109650854-06, residente e domiciliado(a) à Rua Kenildo Soares de Carvalho  
 Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58000-000, telefone (83) 98846-8495, (83) 98860-7844/3512-8500

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 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 SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

03 AGO. 2017

PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



Lidiane Soares Azeite

OUTORGANTE

