

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2016

Carta nº: 8987322

A/C: LIDIANE SOARES ARAUJO

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

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10548665

a/c: LIDIANE SOARES ARAUJO

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

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11470985

A/C: LIDIANE SOARES ARAUJO

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

Vitima: LIDIANE SOARES ARAUJO

Data Acidente: 25/09/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do 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.

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.

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.

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)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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 _____, 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);

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 06/04/2014

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 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, Lidiane 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 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

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

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

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

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

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

BANCO 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) Lidiane 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 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.

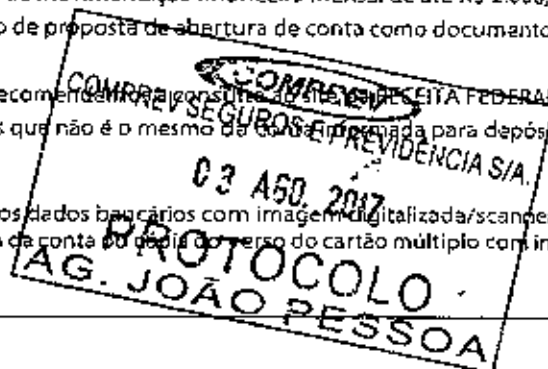
EU, LIDIANE SOARES ARAÚJO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.838.575 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 30 / 04 / 14 E
 CPF 109650854-06 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Estudante
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Lidiane 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 no site 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 cópia do 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00105.01.2016.1.02.202

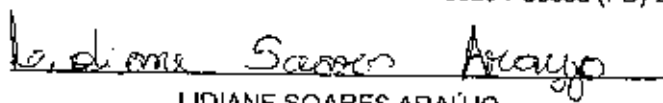
CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00105.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 25 dia(s) do mês de Janeiro do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes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

João Pessoa (PB) 25 de Janeiro de 2016



LIDIANE SOARES ARAÚJO

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

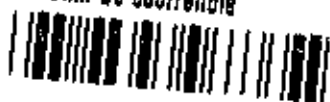

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
RG: 133.000-0

**CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JILSON LINS RABELO, 51 - ERMITÃO QUEISEL - CEP 53025-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL/FAX (81) 3301-4000
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 LUCENA - RNAT 4



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional Da 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

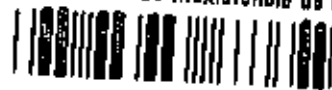
LIDIANE SOARES ARAÚJO

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.

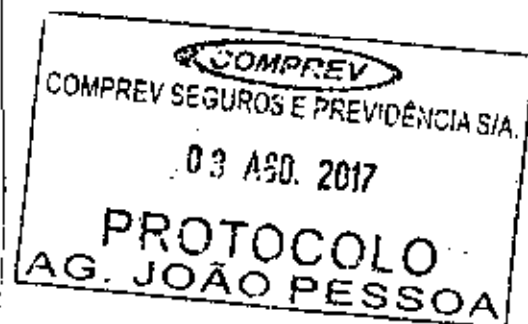
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leidiane Soares Araújo

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 15 Junho 2017

Local e data



[CNPJ 08.806.754/0015-40]
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

[CNPJ 08.806.754/0015-40]
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, 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. 02.166-0 - SAMU 192-JP

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03.10.2017
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
JOÃO PESSOA

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
001.92.214.0433	11	Resposta	Consumo	Intensidade	Rede	67132750
Hidrometro	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 ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-R5				
SET/2015	4	0	MÚLTIPLO 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 ATÉ 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

INDICADOR DE LEITURA: REALIZADA

CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)

EXISTE(14) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO

INFORMACOES GERAIS:

PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO

MATICO.

10:58 05/04/2016 090289 SERENNA LUGA 8947 4

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 JARAGUÁ
Rua Feliciano Cirino, 229 - Jaraguá do Sul - SC
CEP: 88.015-570 - FONE: (51) 3333-1111

PARA CONTATO COM A CAGEPA
ACIONE SEU FONE

1155-0004

67132750

REFERENCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

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

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
		Resposta	Consumo	Intensidade	Rede	
001.92.214.0433	11	1	0	0	0	67132750
Hidrometro	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
DESCRICAO CONSUMO VL AGUA 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 12-2012-12

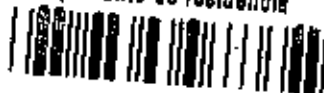
VENCIMENTO: 15/03/2016 Total a Pagar: R\$32,78

VIS 2 0 1 0
INDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO 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 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>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 ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.664/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

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

v. 16.8 R. 1.0

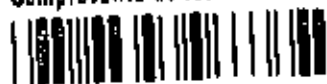
CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO
MÁTICO.

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

CAGEPA 22780010826-5 71327580120-5 17000000002-7



Comprovante de residência



vivo



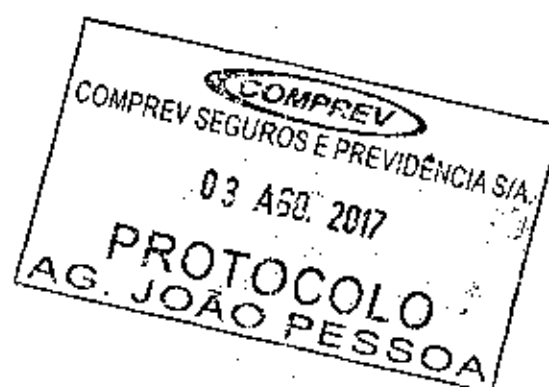
C/O NEOPH PLAZA FLR
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV JOAO MACHADO, 389
SL 01
58013-520 JOAO PESSOA - PB

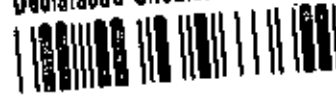
011812



Data de Postagem: 09/08/2016

vivo Conexão como nenhuma outra.





DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

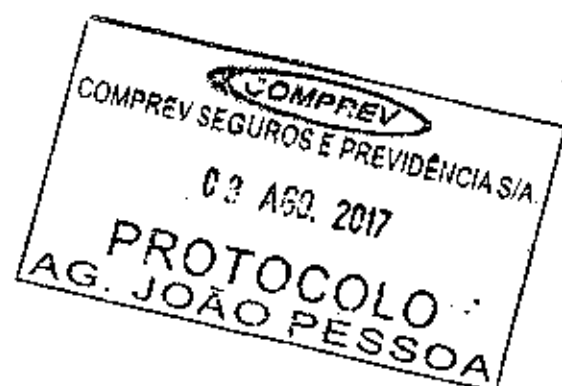
Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74,

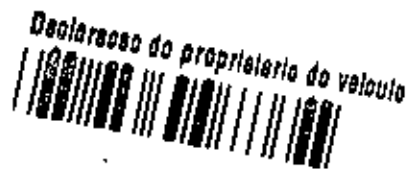
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Lidiane Soares Araújo do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Lidiane Soares Araújo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





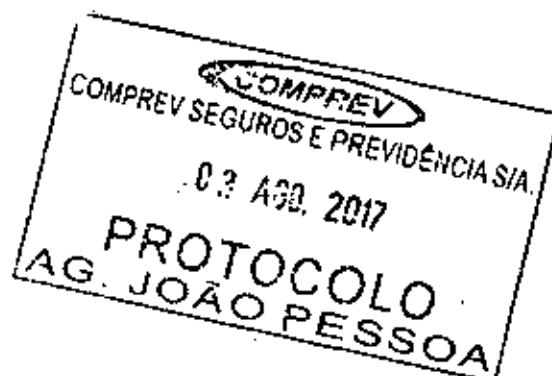
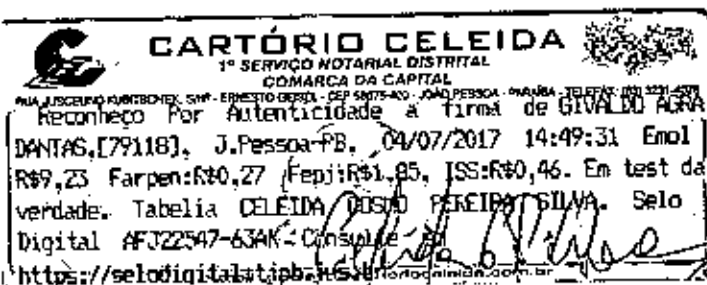
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Givaldo Agra Dantas,
RG nº 3 533 99 4, data de expedição 28/03/2007
Órgão SSOSP/PA, 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)
Chateaubaud 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

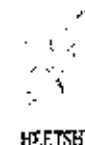
Givaldo Agra Dantas
Assinatura do Declarante

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 09:2865 35870000 LIDER DPVAT 4



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

☒ HETSAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Carla A. C. Mendes

CRM: _____ UF _____ Nº _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

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

Paciente: LIDIANE SOARES MACHO

Endereço: Avenida de Mariana de Oliveira Maia

Prescrição: identical 100mg 100cps

tomar 1 cp vo 12/24h

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

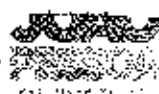
Carimbo do Médico

Data: ____/____/____



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



FCNP 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 C 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 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.

CARTÓRIO CELEIDA

1.º SERVIÇO METEOROLÓGICO

MARCA DA CAPITAL

original que se foi exibido. Dou fé. DELEIDA OSMO

PEREIRA SILVA - Tabela. em 17/05/2016 14:09:28

Encl: R\$2,13 FEPV R\$0,42 FAPFEN: R\$0,25 ISS R\$ 0,11.

Digital- ADH5615-YQH Consulte em

ttos://selodigital.tib.us.br



~~Jeffers - da Rocha Augusto~~
Estatístico - SAM. 07-155-6 - SAMU 192-JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO

Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS EXTRAÍDOS

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

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO- RELATO NCR- HEMORRAGIA EXTRA-DURAL FRONTAL DIREITA, COM DISCRETO DESVIO DA LINHA MÉDIA + PEQUENA CONTUSÃO FRONTAL DIREITA.
RX DE COLUNA CERVICAL
RX DE TÓRAX
RX DE BACIA
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS
USG DE ABDOMEM TOTAL FAST

TRATAMENTO

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

ALTA HOSPITALAR:	11/10/15 COM RETORNO AO NCR NO HTOP
DATA DA EMISSÃO:	27/11/2015


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, 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
Emitido em 17/05/2016 14:10:07
Digital: ADM65618-GZB6 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 Médico / 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></u>	Leito: <u></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 GUERRA / LACARNE</u>					
Doenças de base: <u>hematoma extradural frontal</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>analgésicos</u>					
Anatomia patológica: <u></u>					
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não (X)					
Resultado bacteriológico: <u></u>					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Adm no hospital com hematomate</u> <u>evoluindo para hematomate de grande porte</u> <u>com sinais de HEDM frontal (D)</u> <u>Exatidão sem alterações, com melhora progressiva</u> <u>de todos os sintomas.</u>					
Dieta: <u>oral leve</u>			Orientações Pós Alta		
Repouso: relativo em casa por <u>15</u> dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em <u>15</u> dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve <u>15</u> dias e com maior em <u>30</u> 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>analgésicos e antieméticos</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em <u>11/10/15</u> para retirada de pontos.					
Ao ambulatório <u>11/10/15</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.					

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
PRAÇA JOÃO ALVES DE ARAÚJO, 100 - JARDIM DE SÃO JOÃO - TERMO DE JUIZAMENTO
CELEIDA OLIVEIRA
original que se foi exibido. Dou fé. CELEIDA OLIVEIRA
FENEIRA SILVA - Tabelião, em 17/05/2016 14:09:09
Emol 142,13 FEPJ 140,42 FAFENEMO 25,155 R\$ 0,11, R\$
Digital - ADM5613-LH24 Consulte em
<https://selidigital.tjpb.jus.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 TRAUMATOLÓGICO

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.

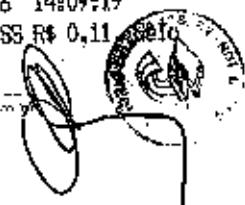
Dr(a) Alexandre Araújo Trigueiro
Perito Oficial Médico Legal
Mat:155.452-3 CRM 4928/PB



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

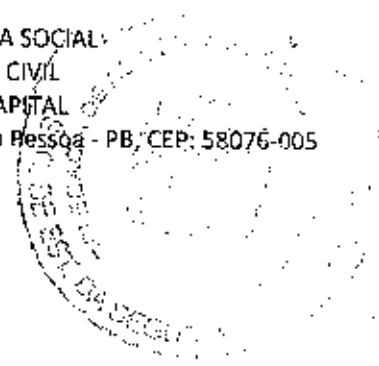
CERTIFICO que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelião, em 17/05/2016 14:09:19
Emol: R\$2,13 FEPJ R\$0,42 FAREM: R\$0,25 ISS R\$ 0,11
Digital- ADM65614-UMPT. Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





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
Emol:R\$2,13 FEPU R\$0,42 FARPEN:R\$0,25 ISS R\$ 0,11. Sel. Digital- ADH65617-L342 Consulte em <https://selidigital.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: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRABALHO.

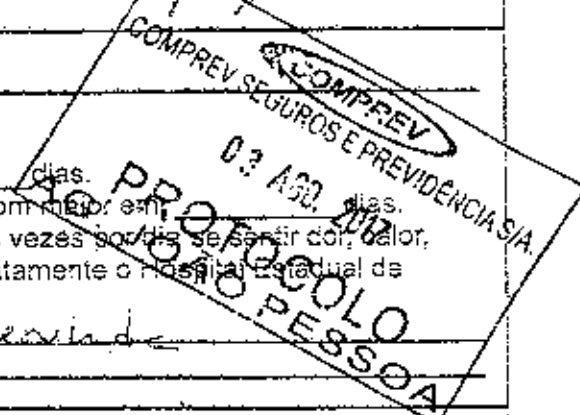
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 - MARCO GUSTAVO / 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 MOTOQUETE</u> <u>EVOLVENDO COM REDUZIMENTO DA INFLAMAÇÃO</u> <u>TCC EVOLUINDO A HEDC FRONTAL (D)</u> <u>EVOLVA SEM INTERFERÊNCIAS, COM MELHORA PROGRESSIVA</u> <u>DA EXAME NEUROLÓGICO</u>					
Dieta: <u>oral livre</u>			Orientações Pós Alta		
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.



CAIXA
CORPORATIVA

6277 8011 101 0184

LIDIANE SOARES ARAÚJO

0036 013 OUT 10 3 (09/21)

el

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.838.575 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/04/2014

NOME LIDIANE SOARES ARAÚJO

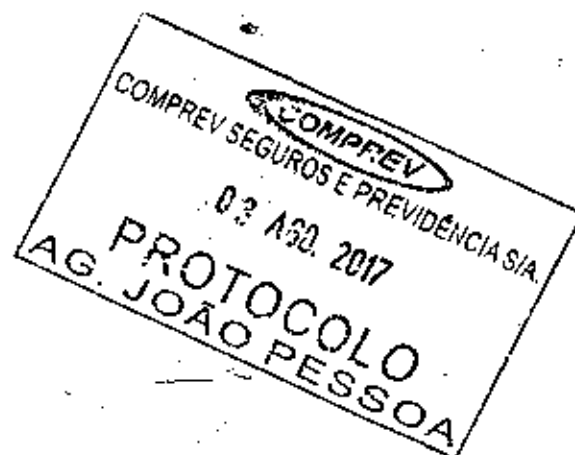
FILIAÇÃO ANTONIO FERREIRA ARAÚJO PATRICIA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/10/1995

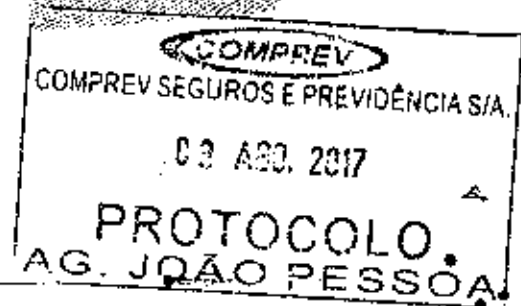
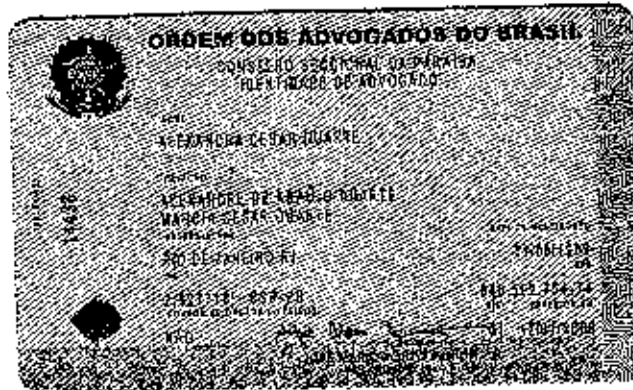
DCC ORIGEM NASC.N. 9.609 FLS. 105-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-2618-2619-2620-2621-2622-2623-2624-2625-2626-2627-2628-2629-2630-2631-2632-2633-2634-2635-2636-2637-2638-2639-2640-2641-2642-2643-2644-2645-2646-2647-2648-2649-2650-2651-2652-2653-2654-2655-2656-2657-2658-2659-2660-2661-2662-2663-2664-2665-2666-2667-2668-2669-2670-2671-2672-2673-2674-2675-2676-2677-2678-2679-2680-2681-2682-2683-2684-2685-2686-2687-2688-2689-2690-2691-2692-2693-2694-2695-2696-2697-2698-2

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 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
V-02 P-917	 
Assessoria Técnica Assessoria Jurídica	Assessoria de Identificação
CATEGORIA DE IDENTIDADE	
VALIDADE DO REGISTRO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 3.838.578 -2 VIA NOME LIDIANE SOARES ARAÚJO	DATA DE EMISSÃO 30/04/2014
NACIONALIDADE JOÃO PESSOA-PB	
RUA DR. J. N. 9. 609 FLS. 111 CARTÓRIO 11.º JOÃO PESSOA-PB	
109.650.854-06	
ASSINATURA DO DIRETOR	
DATA DE ASSINAMENTO 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 - ERNESTO 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

Esp: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>





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>Indolmetac</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 melhor prognóstico</u> <u>em 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>Indolmetac</u> ; <u>Nimetolide</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 B. 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.DPVATSEGUROOUTRAVITA.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

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

0844134/16

REMETENTE / Sender

Paulo Roberto de Jesus

ENDEREÇO / Address

Rua

CEP / Zip

75000-000

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 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

LIDIANE SOARES ARAUJO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/08/2016

Nome: Sharon David Mendes

CPF: 172.999.967-07

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 Anjos 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 DE 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/01/16
 IDENTIDADE 3838545
 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
 Mat. 8.477.789-3

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



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: 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 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 AUDIMETRIA 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: (83) 98846-8495, telefone (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
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 03 AGO. 2017

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



João Pessoa, 15 de junho de 2017

Lidiane Soares Azeite

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
 COMARCA DA CAPITAL
 Rua José de Alencar, 1.111 - Centro - João Pessoa - Paraíba - CEP: 55010-000
 Fone: (33) 3241-1111 - Fax: (33) 3241-1112
 E-mail: cartorio@celeida.com.br
 Site: www.celeida.com.br

Reconheço Por Autenticidade, a firma de LIDIANE SOARES AZEITE, J. Pessoa-PB, 16/06/2017 14:50:12 emol
 199,23 Farpem:R90,27 Fapi:R81:85, ISS:R90,06. Em test d
 verdade. ESCRIVÃO TATIANE FEREIRA DA SILVA, S
 Digital 4F75569-1P05 Consulte en
 https://selidmilitatibit.azb.br

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 Leônidas Soares de Carvalho
 Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58011-000, 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



João Pessoa, 15 de junho de 2017

Lidiane Soares Azeite

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
 COMARCA DA CAPITAL
 Rua José de Alencar, 1.111 - Centro - João Pessoa - Paraíba - CEP: 58011-000
 Fone: (83) 3211-1111 - Fax: (83) 3211-1112
 E-mail: cartorio@celeida.com.br
 Site: www.celeida.com.br

Reconheço Por Autenticidade, a firma de LIDIANE SOARES AZEITE, J. Pessoa-PB, 16/06/2017 14:50:12 emol
 199,23 Farpem:R90,27 Fapi:R81:85, ISS:R90,06. Em test d
 verdade. ESCRITANTE TATIANE FEREIRA DA SILVA, So
 Digital 4F475569-1F05 Consulte en
 https://seladmi.br/tatiane@celeida.com.br