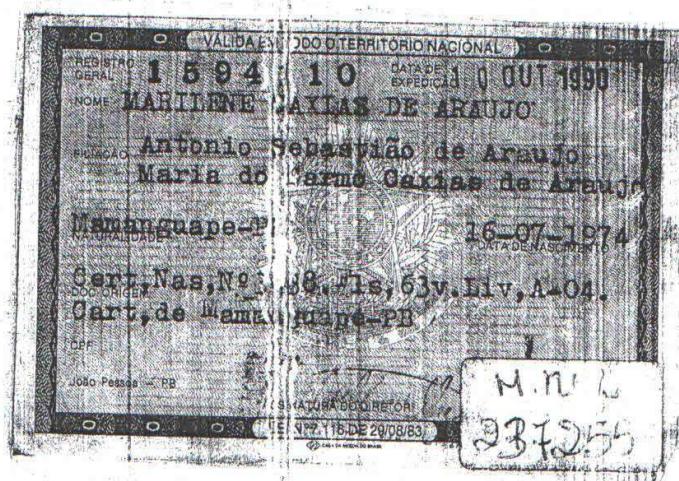




CPF: 022.187.884-03



## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica N° 030.046.734



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

### DADOS DO CLIENTE

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO  
RUA MANOEL LOURENCO FERNANDES S/N  
CURRAL DE CIMA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/865208-3

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

AGO/2019

22/08/2019

31

30/08/2019

R\$ 11,46

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 05438.660176 2 7997000001146				
Pagador: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO CNPJ/CPF: 022.187.884-03				
RUA MANOEL LOURENCO FERNANDES S/N - CENTRO - CURRAL DE CIMA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120005438660	Nr Documento 000865208201908	Data Vencimento 30/08/2019	Valor do Documento R\$ 11,46	Valor Pago 09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: EVERALDO DA SILVA RIBEIRO - 30/08/2019 11:17:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083011172279600000023239884>  
Número do documento: 19083011172279600000023239884

Num. 23991922 - Pág. 2

## PROCURAÇÃO



"AD JUDICIA ET EXTRA"

**OUTORGANTE(S):** *Mariene Caxias de Araújo, brasileira, solteira, auxiliar de serviços gerais, CPF nº 022.187.884-03, RG 1594110 SSP/PB, residente na Rua Manoel Laurindo Fernandes, s/n, Centro, Curral de Cima /PB, CEP: 58291-000, Fone: 98821-5152.*

**OUTORGADO:** Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui como seu bastante procurador e advogado o **Dr. EVERALDO DA SILVA RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 17.062, e no CPF sob o nº 057.399.024-79 e a **Dra. ALCIONE GAMBATI DE SOUZA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 19.853, e no CPF sob o nº 018.466.337-70; com escritório profissional localizado na Av. Pe. João Madruga, 115, Empresarial Mirante do Vale, Sala 203 – 1º andar, Centro, Itapororoca/PB, onde recebem intimações de estilo.

**PODERES:** O (a)s outorgante(s) confere(m) aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia et extra", para representá-lo(s) em repartições públicas estaduais, municipais e federais, autarquias ou entidade paraestatal, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, obter vistas em procedimentos administrativo, conferindo-lhes, ainda poderes para, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor ação revisional de benefício, seguindo-a até final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-sos, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, com poderes ainda para renunciar os valores, receber e dar quitação, levantar valores existentes em Contas judiciais, Precatórios, RPV- Requisitório de Pequeno Valor, especialmente junto às Agências da Caixa Econômica Federal, ou Banco indicado, deduzindo e compensando os seus créditos por despesas de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizando o substabelecimento total ou parcial a outrem, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim tudo o mais praticar para o fiel e cabal desempenho deste mandato.

**DECLARAÇÃO:** O (a) (s) outorgante(s) **DECLARA(M)** para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei 1.060 de 1950.

Itapororoca, 29 de agosto de 2019.

*Mariene caxias de Araújo*

Outorgante





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	MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	16/07/94
NOME DA MÃE	MARIA DO CARMO CAXIAS DE ARAUJO

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	111097
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1108615
DATA DO ATENDIMENTO	15/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	10:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO DOR E CONTUSÃO NA FACE , I ANTEBRAÇO ESQUERDO. PRESENÇA DE FERIMENTO NO SUPERCILIO DIREITO E MARGEM INFRAORBITAL DIR. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA, BMF I OFTALMOLOGISTA.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE, TC DE COLUNA CERVICAL,  
RX DE OMBRO, BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQ. RX DE TORAX  
ECG, FAST

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX ANTEBRAÇO ESQ. - FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DE RÁDIO

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO. SUTURA D FERIMENTO

ALTA HOSPITALAR: 19/09/18  
DATA DA EMISSÃO: 04/12/18

*Dr. Elivaldo Sales de Toledo*  
Reg. Méd. PB 10233  
CRM: 1673/PB

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





## RELATÓRIO DE GIA



Nome: Marilene Coelho de Cerqueira BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ressecção cirúrgica de fratura radio diáfise do dedo B  
 Cirurgião: Dr. Teófilo 1º Assistente: Dr. Lour  
 2º Assistente: Dr. Bruno Roma 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de radio diáfise (exposta)</u>	
<u>descurvado</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção cirúrgica de fratura de</u>	
<u>Radio diáfise (exposta)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( )Enfermaria ( )Terapia Intensa ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Bruno de Lima Roma  
MÉDICO  
CRM-PB 10075

João Pessoa, 25/09/2018

F(NG).ASCIR.009-1



# RELATÓRIO DE

GIA



HEETSHL

Nome: Monteiro Coelho de Cerqueira BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ressecção cirúrgica de fratura radio diáfise do dedo (exposto)  
 Cirurgião: Dr. Teófilo 1º Assistente: Dr. Lour  
 2º Assistente: Dr. Bruno Roma 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de rádio do dedo (exposto)</u>	
<u>deslocado</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção cirúrgica de fratura de</u>	
<u>Rádio diáfise do dedo (exposto)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( )Enfermaria ( )Terapia Intensa ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Bruno de Lima Roma  
MÉDICO  
CRM-PB 10075

João Pessoa, 25/09/2018

F(NG).ASCIR.009-1





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1108615

**Identificação do paciente**

ID 1326407	Nome <b>MARILENE CAXIAS DE ARAUJO</b>			Sexo Feminino
Data de nascimento 16/07/1974	Idade 44 anos 1 mes 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>MARIA DO CARMO CAXIAS DE ARAUJO</b>	Pai <b>ANTONIO SEBASTIAO DE ARAUJO</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>FAGNER FERNANDES DE OLIVEIRA - FILHO(A)</b>			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1594110	Nº Cns 700004922796007		
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Email	Naturalidade <b>MAMANGUAPE</b>	CBO/R		

**Endereço**

CEP 58291000	Município de residência <b>CURRAL DE CIMA</b>	UF PB	Logradouro <b>MANOEL LOURENÇO</b>
Número SN	Complemento	Bairro	<b>CENTRO</b>

**Admissão**

Data e Hora 15/09/2018 10:46:06	Número da pulseira <b>100006281525</b>	Convênio SUS
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente <b>RUA</b>
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

## Dados clínicos

<i>Perdeu sangue no acidente de moto. Sangue escorre da ferida na face. Sangue escorre da ferida na face. Sangue escorre da ferida na face.</i>	<i>Enfermeira: Dra. Wellma Carla G. Andrade CORON-PC Q2A-661</i>
Diagnóstico	CID
Atendido por <b>KELLY DE SOUZA BARBOSA</b>	Tempo 02min 04seg

Imprimir



Assinado eletronicamente por: EVERALDO DA SILVA RIBEIRO - 30/08/2019 11:17:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083011173324400000023239889>

Número do documento: 19083011173324400000023239889

15/09/2018 10:46

Num. 23991927 - Pág. 4

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Mariângela C. de Araújo, portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às horas, portador(a) da patologia CID-10 S52.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (Sessenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 15/03/18.

*(Signature)*  
Assinatura e Caráter do(a) Médico(a)  
CRM-PB 3050-TSODT 3511

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr. \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal \_\_\_\_\_

1ª VIA-PACIENTE      2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG) CC.003-1



<https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQQkADAwATY3ZmYA...>

Pesquisar

S ER

Responder Excluir Arquivo Morto Lixo Eletrônico Limpar Mover para Categorias

[SEGURO DPVAT]

F faleconosco@seguradoralider.com.br  
Qui, 15/08/2019 11:22  
Você

Sra. Marilene. Bom dia!

O processo de invalidez 3190327527 foi cancelado, pois tendo em vista tratar-se de vítima/beneficiária proprietária inadimplente, não havendo direito a indenização pelo Seguro DPVAT conforme Resolução CNSP 332/15.

Atenciosamente,

Ana

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

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Lider nas redes sociais.  
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [Linkedin](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 0676 / 2019

Aos CINCO dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **OMAR JOSÉ ALVES RAMOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 13h:29min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO**, conhecido por , Identidade nº 1.594.110-SSP/PB, CPF nº 022.187.884-03, nacionalidade brasileiro, estado civil: união estável, profissão: auxiliar de serviços, filho(a) de Antonio Sebastião De Araújo E De Maria Do Carmo Caxias De Araújo, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 16/07/1974 (44 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Lourenço, nº s/n, bairro: Centro – CURRAL DE CIMA/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Curral De Cima/PB, fone(s) para contato: (83)99301-2423.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 15 de setembro de 2018;
- 3) HORÁRIO: 08h:30min;
- 4) LOCAL: Entrada da cidade de JACARAÚ nº , bairro: – JACARAÚ/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 START, cor: VERMELHA, placa: QFI 1187/PB, ano: 2015, chassi: 9C2KC1670FR501736 em nome de MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE a comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) SEM HABILITAÇÃO no local em referência quando três animais (burros) atravessaram a estrada e sem ter poder de reação acabou por colidir nos mesmos; QUE foi socorrida pelo SAMU da cidade de Jacaraú/PB, encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo a comunicante teve fratura de extremidade distal de rádio, QUE foi submetida a intervenção cirúrgica; QUE recebeu alta hospitalar no dia 19/09/2018.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitiei.

*Mariene Caxias de Araújo*

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

Comunicante

*[Signature]*

Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 156.567-2

Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604





PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-192

BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ-PB

DECLARAÇÃO

Declaro, que o paciente MARILENE CAXIAS DE ARAUJO, 45 anos; DATA DE NASCIMENTO-16/07/1974; RG-1594110, foi atendido pelo ambulância do SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192, BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ(UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO-USB 54); No Município de JACARAÚ; NA PB 071/PB, no próximo ao Portal de Jacaraú; no dia 16/09/2018 , às 08:58 Horas , PROTOCOLO DE ATENDIMENTO: 2134839, MÉDICO REGULADOR:DRA. MARCIA , , vítima de acidente automobilístico: MOTO X ANIMAL, CONSCIENTE , SINAIS VITAIS ESTÁVEIS E SUSPEITA DE TCE LEVE; CORTE CONTUSO NA REGIÃO FRONTEIRA SUSPEITA DE FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO .realizado atendimento PRÉ-HOSPITALAR e removido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA -HEETSHL em JOÃO PESSOA-PB.

Jacaraú, 12 de Abril de 2019;

M<sup>a</sup> Aparecida Inocencio de A. Gabinio  
COREN-PB 55583

MARIA APARECIDA INOCENCIO E ARAÚJO GABÍNIO-COREN/PB 55583-ENF  
(COORDENADORA GERAL DO SAMU-192-USB 54/BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ)





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

022.187.884-03

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

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

Nome completo:

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

CPF: 022.187.884-03

Profissão: FUNC. PÚBLICA Endereço: RUA MANOEL LORENÇO FERNANDES

Número: SIN Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: CURRAL DE CIMA Estado: PB CEP: 58291-000

E-mail: EVERALDO-RIBEIRO@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (83)98821-5152

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2009

CONTA: 0300676

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascrito (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Curral de Cima, 26/04/19

Nome: MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

CPF: 022.187.884-03

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

RG nº 1594110 - SSP/PB, data de expedição 10/10/90

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 022.187.884-03

com domicílio na cidade de CURRAL DE CIMA, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA MANOEL LOURENÇO FERNANDES, nº S/N,

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

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO, cujo o condutor era

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 START Ano: 2015

Placa: QFI 1187/PB Chassi: 9C2KC1670FR501736

Data do Acidente: 15/09/2018

Local e Data: CURRAL DE CIMA, 26/ABRIL/2019

Marilene Caxias de Araújo

Assinatura do Declarante

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





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <b>MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO</b>	CPF da Vítima <b>022.187.884-03</b>	Data do Acidente <b>15/09/2018</b>
---	--	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Carval de Lima, 26 de abril de 2019*

Local e Data

*Mariene caxias de Araújo*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017



## **DESPACHO**

Processo n° 0801394-42.2019.8.15.1071

Vistos, etc.

DEFIRO a gratuitade processual, com os benefícios a ela inerentes, vez que presentes os requisitos à sua concessão.

Em razão da inviabilidade da autocomposição com relação à Seguradora demandada, deixo de designar a audiência de conciliação/mediação disposta no art. 334, do CPC.

CITE-SE o demandado, pessoalmente, por Carta com aviso de recebimento, no endereço declinado na peça proemial, para querendo, contestar a presente demanda, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, devendo ser advertido de que não contestada a ação, presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344, CPC).

P.I. e Cumpra-se, com a observância das cautelas atinentes à espécie.

Diligências necessárias.

**JACARAÚ/PB, 30 de agosto de 2019**

**JUIZ (A) DE DIREITO**

