



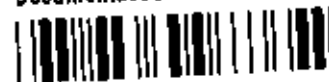
Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES 1112234 - Tel:

Boletim de Atendimento: 958378

Documentação médica - hospitalar



Identificação do paciente

ID 1100699	Nome TALITA KARINE SILVA PESSOA	Sexo Feminino
Data de nascimento 03/03/1993	Idade 24 anos 4 meses 22 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARINALVA MARIA DA SILVA	Religião CATOLICA	Prontuário 98434
Escolaridade MÉDIO COMPLETO	Pai SANDRO LUIS GONCALVES PESSOA	Responsável (Parentesco) - PAI
DDD Móvel 81	Fone Móvel 989808923	DDD Fixo 81
Tipo documento REGISTRO DE NASCIMENTO	Número documento 34831	Nº Cns 706202020883963
Local de procedência CAAPORA	Natureza RECIFE	UF PB
E-mail	CEOR	

Endereço

CEP 55900000	Município de residência GOIANA	UF PE
Número 131	Complemento BECO DA GRANJA	Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 01/11/2016 19:28:38	Número da pulseira 1000005451936	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL II	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente SAMU
Classificação de risco	Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
		Detalhe do acidente VEÍCULO X VEÍCULO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Diagnóstico

Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	Tempo 03min 25seg
--	----------------------

Imprimir



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	TALITA KARINE SILVA PESSOA
DATA DE NASCIMENTO	03/03/93
NOME DA MÃE	MARINALVA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAIDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	958.378
PRONTUÁRIO N.º	98.434
DATA DO ATENDIMENTO	01/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	19:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	TCE MODERADO
CID 10	V 43 + S 06.8 + S 04.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE AUTOMÓVEL, RESGATADO PELO SAMU, PROCEDENTE DE CAAPORÃ, APRESENTANDO OTORRAGIA BILATERAL + CEFALÉIA + OFTALMOPARESIA ABDUCENTE BILATERAL, SEM DÉFICIT MOTOR APENDICULAR + HIPOACUSIA E PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA ESQUERDA + HEMOTÍMPANO ESQUERDO + COÁGULOS EM OUVIDO DIREITO. GLASGOW 13 (3 + 4 + 6).

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO- EM ANEXO
USG DE ABDOMEM TOTAL- FAST
RX DE TÓRAX + RX DE BACIA

TRATAMENTO

PACIENTE EM TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TCE, COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA ESQUERDA + LESÃO DO IV PAR DOS NERVOS CRANIANOS. ALTA COM RETORNO AO NCR/OTORRINO. MEDICADA.

ALTA HOSPITALAR:	09/12/2016
DATA DA EMISSÃO:	26/02/2017

Drª. 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

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr

(<http://www.vlibras.gov.br/>)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 111.266.084-40

Nome: TALITA KARINE SILVA PESSOA

Data de Nascimento: 03/03/1993

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 10/05/2011

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:39:03 do dia 20/12/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 5B53.409F.601D.EB7A



ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

▶
-
-/

Documentação médica - hospitalar



EMOG
CENTRO MÉDICO DE GOIÂNIA

Rua da Soledade, 101 - Setor 101
81 3626-0900 | 81 3626-0905
81 98944-1713
cemog@cemog.com.br

TATIANA KARINE SILVA PASSOS

LAUDO MÉDICO

PALENTE 24 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE
AUTOMOBILÍSTICO EM CALÇADÃO, NA SINALI-
ZAÇÃO DE TORÇÃO BILATERAL, PRESENTANDO
CONTUSÃO (E) E FRACTURA DO VI PAR, SEM
NECESSIDADE POR TRATAMENTO CONSERVADOR. ATUAL-
MENTE APRESENTA EXAME NEUROLÓGICO
SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS.

21020. V43 / 644.3

ARUANA SEGUROS
22 FEV 2018

Matheus Gurgel Barreira
Neurologia
CREMESP: 20100
25/03/2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	8.558.158	DATA DE EXPIRAÇÃO	31/05/2008
NOME	<< TALITA KARINE SILVA PESSÔA >>		
FILIAÇÃO	<< SANDRO LUIS GONÇALVES PESSÔA >> << MARINALVA MARIA DA SILVA >>		
NATURALIDADE	RECIFE - PE	DATA DE NASCIMENTO	03/03/1993
DOC. ORIGEM	<< C.N.34831-L.31-A-F.141-CART.DE GOIANA-PE.29.03.1993. >>		
CPF			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 111.266.824-40

Nome: TALITA KARINE SILVA PESSOA

Data de Nascimento: 03/03/1993

Comprovante emitido às 14:49:37 do dia
18/05/2011 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TAVANIS RUI III

101 E06 R23



Talita Karine G. Pessoa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1019700386

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME: **JOA GUILHERME RAMOSALVA DE CARVALHO**

DOC. IDENTIFICAÇÃO: **0317112 SDG PE**

CPF: **082.562.324-65** DATA NASCIMENTO: **01/11/1993**

PLACAS: **MARCOUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE DE CARVALHO**
ROBERTA ALESSANDRA
MARIALENE ALBUQUERQUE

PERMISSÃO: ☒ ACB: ☒ OUT. INSC: ☒

Nº PERMITE: **04903230220** VALIDADE: **09/01/2020** EMISSÃO: **18/03/2010**

PROTECTOR PLASTIFICADO

1019700386

OBSERVAÇÕES:

sem observações

[Signature]

Assinatura do titular

LOCAL: **PAULISTA - PE**

[Signature]

Assinatura do agente

DATA EMISSÃO: **12/01/2012**

16448945296
98044115493

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

ARQUIVADO SEC. 005

20 DEZ 2017

DETRAN

DETRAN - PE Nº 012805303484
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 627227033 EXERCÍCIO 2016

SEVERINO JOSE RAMOS

GOIÂNIA - PE

167.639.394-34 PLACA KLN8099

PLACA ANTIGA ***** / PE 98R53ZEC248551352

ESPÉCIE / TIPO VEÍCULO: PAS / AUTOMOTIVO COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: TOYOTA / COROLLA ANO: 2004

CAP / POT / CL: 59 / 136CV / 1794CL CATEGORIA: PARTIC POT. PREDOMINANTE: PRATA

COTA ÚNICA: IPVA 2016 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª ***** VENC. / COTAS: 2ª ***** 3ª *****

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES:

GOIÂNIA 16/06/16

Assinado por: [Assinatura]

DETRAN - PE

RE Nº 012805303484 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEVERINO JOSE RAMOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GOIÂNIA - PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 16/06/16

VIA 1 167.639.394-34 PLACA KLN8099

627227033 TOYOTA / COROLLA XE118V

ANO: 2004 CLASSE: B1 Nº CHASSI: 98R53ZEC248551352

PRÊMIO TARIFÁRIO: FNE (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): JORNALISMO POR SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04
www.segurodoralider.com.br

Assinado por: [Assinatura]

OUT



ARQUIVADOS

20 DEZ 2017

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Tatiana Kaurine Silva PróximoDATA DO ACIDENTE 01.11.16 CPF DA VITIMA 411.866.084 - 40PORTADOR DO DOCUMENTO equilibrans proprietaria de KaurineQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 1 VITIMA REPRESENTANTE LEGAL (CUIA PARANTECO COMA VITIMA Tatiana Kaurine Silva PróximoENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de CaxiasNº 110 COMPLEMENTO 10 BAIRRO UniãoCIDADE Brasília UF DF CEP 55900-000E-MAIL miguelmenezes@equilibrans.com.br OUTRO TELEFONE (81) 3011-3824

com

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPIDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ INVIABILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E REATÓRIO 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCAÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ FOLHA DE DE FÉRMULA DE RESPOSTA ANTE FOLHA DE FÉRMULA, OUTROS DO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPIDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE (INDICANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO) (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, OUTRAS☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEIQUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCAÁRIO

Outros

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)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MORTE = R\$ 13.500,00

INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SEGURADORA.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

ENTREGA DO DOCUMENTO ENTREGUE

DATA 20.12.14HORA 18.11.18ASSINATURA Moises Lacerda Barbosa

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA

DATA 20 DEZ 2017ASSINATURA Moises Lacerda Barbosa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001411 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TALITA KARINE SILVA PESSOA **Data do acidente:** 01/11/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RECOMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE COM LESÃO DE IV PAR DOS NERVOS CRANIANOS

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

Observações:

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: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001411 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TALITA KARINE SILVA PESSOA **Data do acidente:** 01/11/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE COM LESÃO DE IV PAR DOS NERVOS CRANIANOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR EVOLUINDO COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA À ESQUERDA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001411 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TALITA KARINE SILVA PESSOA **Data do acidente:** 01/11/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico, com lesão do nervo facial esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Lesão do nervo facial esquerdo com paresia à esquerda.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.
Realizou fisioterapia.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Lesão do nervo facial esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Lesão facial.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Talita Karine Silva Pessoa
Identidade: 8.558.158 CPF: 111.266.084-40 Estado Civil: Solteira
Profissão: Vendedora End: R. da Quarya, 131,
Centro, Goiânia

Outorgado: Luiz Guilherme Mangabeira de Carvalho
Identidade: 8.317.118 CPF: 083.562.324-65 Estado Civil: Casado
Profissão: Aux. Administrativo End: Rua Duque de Caxias,
170 D, Centro, Goiânia

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Talita Karine Silva Pessoa

Identidade: 8.558.158 CPF: 111.266.084-40

Goiânia 06 de Dezembro de 2017



Talita Karine Silva Pessoa

 Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Rufino, 215 Fone/Fax: (62) 2664-3111 - (62) 2664-3112 - Goiás - GO - e-mail: cartorio2@tjgo.gov.br
Reconheço Por Autenticidade a firma de: TALITA KARINE SILVA
PESSOA. Dou fé. Goiânia, 06/12/2017 11:29:32. Em
testemunho [Assinatura] da verdade. A tabelas [Assinatura]
[Assinatura] Enol. R\$ 0,00, TSNR R\$ 0,78,
PESE R\$ 0,37 Total: R\$ 4,66 Selo: 0077628.GYB11201702.00243 consultado
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria da Paz de Almeida
Escritor

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180001411

Nome do(a) Examinado(a): TALITA KARINE SILVA PESSOA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA BC DA GRANJA, 131 - Goiana/PE - CEP 55900-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8558158 - sds-pe - 31/05/2008

Data e Local do Acidente : 01/11/2016 - Caaporã, PB

Data e Local do Exame : 09/03/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TCE, moderado com lesão de de nervo facial

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratado conservadoramente com suporte clínico, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 2 meses

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vítima consciente e orientada ao exame, sem déficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com entrevistador, apresenta paresia de nervo facial a esquerda discreta.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Sequela de grau residual neurológica de TCE, com lesão de nervo facial

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

lesão neurológica

% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**

Nº Sinistro: **3180001411**

Vitima: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**

Data do Acidente: **01/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180001411**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12166191



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**

Sinistro: **3180001411**

Vítima: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**

Data do Acidente: **01/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180001411** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: TALITA KARINE SILVA PESSOA
Nº Sinistro: 3180001411
Vitima: TALITA KARINE SILVA PESSOA
Data do Acidente: 01/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180001411**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**

Sinistro: **3180001411**

Vítima: **TALITA KARINE SILVA PESSOA**

Data do Acidente: **01/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180001411** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2018

Carta nº: 12530716

A/C: TALITA KARINE SILVA PESSOA

Nº Sinistro: 3180001411
Vítima: TALITA KARINE SILVA PESSOA
Data do Acidente: 01/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TALITA KARINE SILVA PESSOA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000048350-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 0321215 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem juras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de crediar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor ou idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou AS:

CPF do Vítima

Nome completo e sobrenome

111.266.084-40

Talita Karine Silva Pessoa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Talita Karine Silva Pessoa

CPF titular da conta

111.266.084-40

Profissão

Recusou

Endereço

R. da Granja

Número

131

Complemento

Bairro

Centro

Cidade

Goiana

Estado

PE

CEP

55900-000

E-mail

massessoria@indencia@adlook.com

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo cópia da comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO INFORMAR

SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRASECO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

BANCO

Nome

Nome

AGÊNCIA

0774

Conta

013

AGÊNCIA

48350

Conta

9

AGÊNCIA

Nome

AGÊNCIA

Nome

Informar digitos se existir

Informar digitos se existir

Informar digitos se existir

Informar digitos se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiana, 06 de Dezembro de 2017

Lugar e Data

ARUANA SEQUEIRA

20 DEZ 2017

Talita Karine Silva Pessoa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIANA

DATA: 05/12/2017

HORA: 08:59:23

TERMINAL: 07741487

CONTROLE: 077414870000

AGÊNCIA: 0774 - GOIANA

CONTA: 013.00048350-9

CLIENTE: TALITA KARINE SILVA PESSOA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
17/11	[REDACTED]

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.000	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR [REDACTED]

Novembro

17/11	000005	PARSEG-DES	[REDACTED]
17/11	171753	SAQUE ATM	[REDACTED]
17/11	171755	SAQUE ATM	[REDACTED]
17/11	171748	COMPRA ELO	[REDACTED]
18/11	000020	REM BASICA	[REDACTED]
18/11	000030	CRED JUROS	[REDACTED]
29/11	291506	SAQUE ATM	[REDACTED]
29/11	171129	SAQUETERMINAL	[REDACTED]

RESUMO EM 04/12

SALDO [REDACTED]

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO [REDACTED]

SALDO DISPONIVEL [REDACTED]

SALDO TOTAL [REDACTED]

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DT COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
17/11	17:48	POSTO SANTA ISABEL	[REDACTED]

TOTAL [REDACTED]

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474

www.caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017



ESTADO DA PARAIBA POLÍCIA MILITAR

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **695** / **12016** Nº CIOP/COPOM: **12016**UOp/SUOp: **01/10/2016** Hora: **17 h 30 min.** Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e UF): **PB 044**Ponto de Referência: **CADIM DE CHEIRO DE BAIXO**Natureza da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO** Código da Ocorrência: **6049**Comandante da Guarnição (Nome, Posto/Grad. e Matrícula): **3º SGT ARIMATEIA** Prefixo da Viatura: **6049**Motorista (Nome, Grad. e Matrícula): **CB ALCIDES** Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula): **---** Patrulheiro 02 (Nome, Grad. e Matrícula): **---**Nome Completo do Solicitante: **INICIATIVA PROPRIA** Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s): **---**Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): **PB 044**

Acusado(s)

Nome Completo: **---** Data de Nascimento (d/m/a): **---**Nome Completo da Genitora: **---** Nº RG/Órgão Expedidor: **---** Nº CPF: **---**Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): **---** Nº CNH: **---**Ponto de Referência: **---** Profissão Declarada: **---**Informações Biométricas: **---**Cor da Pele: **---** Altura Estimada: **---** Cor dos Cabelos: **---** Cor dos Olhos: **---** Compleição Física: () Normal () Magro () GordoMarca(s) Característica(s) (Assinalar): **---** Alcinha: **---**() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros: **---**(Descrever Marca Característica): **---**Nome Completo: **---** Data de Nascimento (d/m/a): **---**Nome Completo da Genitora: **---** Nº RG/Órgão Expedidor: **---** Nº CPF: **---**Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): **---** Nº CNH: **---**Ponto de Referência: **---** Profissão Declarada: **---**Informações Biométricas: **---**Cor da Pele: **---** Altura Estimada: **---** Cor dos Cabelos: **---** Cor dos Olhos: **---** Compleição Física: () Normal () Magro () GordoMarca(s) Característica(s) (Assinalar): **---** Alcinha: **---**() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros: **---**(Descrever Marca Característica): **---**

Vítima(s)

Nome Completo: **JOSEMARDO FERREIRA DO NASCIMENTO** Data de Nascimento (d/m/a): **---**Nome Completo da Genitora: **---** Nº RG/Órgão Expedidor: **---** Nº CPF: **---**Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): **---** Nº CNH: **---**Ponto de Referência: **---** Nº Telefone(s): **---** Profissão Declarada: **---**Nome Completo: **SEVERINO JOSE RAMOS** Data de Nascimento (d/m/a): **---**Nome Completo da Genitora: **---** Nº RG/Órgão Expedidor: **---** Nº CPF: **---**Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): **---** Nº CNH: **---**Ponto de Referência: **---** Nº Telefone(s): **---** Profissão Declarada: **---**

Testemunha(s)

Nome Completo: **---** Data de Nascimento (d/m/a): **---**Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s): **---** Nº RG/Órgão Expedidor: **---** Nº CPF: **---**Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): **---** Nº CNH: **---**Ponto de Referência: **---** Profissão Declarada: **---**Nome Completo: **---** Data de Nascimento (d/m/a): **---**Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s): **---** Nº CPF: **---**Ponto de Referência: **---** Profissão Declarada: **---**

7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA
COMARCA DE RECIFE, PE
Certidão e Presença Cópia Reproduzida com Fidedignidade
serventia, que confere com o original. Em 13 de dezembro de 2017, no test.
Valda da Silva Testeiramente Substituída
Escr.: R\$ 2,82 Taxa: R\$ 1,16 Total: R\$ 3,98
Válido com o selo 0374203.PME12201701.03550

Certidão Autenticada em: www.dpe.jus.br/autenticar

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Relato da Ocorrência

Por volta das 17:30h do corrente em Capim de Cima
de Brás, um Coron Classic de placa KIX 8265 com Placa
car prata colidiram de frente com o Corcel de placa
K.L.H.8899 Goiana Placa car prata ficando firmes seis
minutos após isso JOSE NILO FERREIRA DO NASCIMENTO CONDOMINIO
DO CLASSIC e sua filha BARBARA SARRELINE DO NASCIMENTO 04 ANOS
socorridos pelo SAMU CAPIM DE CIMA, O SOBERINO JOSÉ RAMOS CANDIDO M.
CORDEIRO foi socorrido para Remanescentes por familiares, foi
~~atendido~~ AUDENICE DOS SANTOS LEAL ID 1872-467 PE, CDD JOSÉ
Pessoa LEAL JUNIOR ID 4665180 PE, DALLIA KARINE THAIS ALVES DOS SANTOS
CIDES HOSPITAL de Gramma, José Passos SAMU CAPIM DE CIMA USB 43 MED,
LEONARDO BOSA DE CARVALHO COM 9881, SAMU OLIVANEA USB 42 DEC ENFERE,
JONAH MORAN COM 306201, VTRs POR BELLOS ABS 25 CAM J. EUDÉS 520 966
VTR RESGATE AR 26 SET MARTINIANO 522 177-3, VTR AR 46 RESGATE CB 50
PAS 522 766-0. VEÍCULOS CORONA ENDERGO AD ZEURO, CLASSIC
Sua família estava no local de assistência à prisão.

No exercício legal de minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção penal de _____, e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar de _____, empregando para a captura a força moderada e progressiva, empregando para a _____ advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para a _____

7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA COMARCA DE RECIFE, PE
 Recife, 13 de dezembro de 2017. Em test.
 Vilas da Silva (Escritor(a) Público(a))
 Fcool.: R\$ 2,82 Taxa: R\$ 1,16 Total: R\$ 3,98
 Válido com o selo 0374203.RPM12201701.03379

COMARCA DE RECIFE, PE. **Auto de Resistência à Prisão**, que assino com
serventia, que confere com o original. Em test. de Silva (escrivão Substituto)
Recife, 13 de dezembro de 2017. Em test. de Silva (escrivão Substituto)

ARDANA SEGUROS:

20 DEZ 2017

2. Testemunha

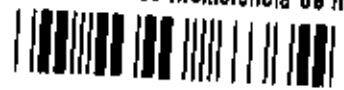
Recebi as 23 h 15 min., de 01/11/2016 o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos nest

documento.

Name: WILLIAM J. JONES JR.

Matricula:

Assinatura



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 0221205 (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, a menos que 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 pelo 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

Talita Karine Silva Pessoa

CPF da Vítima

111.266.084-40

Data do Acidente

01.11.2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Talita Karine Silva Pessoa

CPF do Representante Legal

111.266.084-40

E-mail

marissoneiapindureira@outlook.com

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

Goiânia 20 de Dezembro 2017

Local e Data

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Talita Karine Silva Pessoa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 23/11/17

Comandante do BAPH

Katty Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.260-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

Comprovação de ato declaratório



João Pessoa-PB, 23 de Novembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 466/2017

Certifico que, revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 01/11/2016, conforme requerimento nº 432/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 18h40min o/a Sr.(a) **TALITA KARINE SILVA PESSOA**, CPF: 111.266.084-40, vítima de acidente de trânsito (colisão (carro x carro)), ocorrido na PB-044, Zona Rural – Alhandra/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-26 tendo como chefe o/a **SRAGENTO BM ALEXANDRE MARTINIANO DA SILVA**, Matrícula: 522.177-3. Vítima desorientada, com otorragia bilateral, nasoragia e dpres na região da pelve. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**, SD BM-Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Chefe da 3ª Seção

TEN. QOABM 517240-3

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/Nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: cmphbbs@bombeiros.pb.gov.br

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TALITA KARINE SILVA PESSOA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000048350-9

Nr. da Autenticação CF09921D6C33CE12



Terça Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.235.932/0001-08 fone: Fax 0800943-00 | www.celpe.com.br

Comprovante de residência



MELICIO DA COSTA (LEITE NETO)

RUA DO DE CAXIAS 170 O

CPF 214 933 474-49

CENTROOUIANA
 GOIARAS, PE
 55300-000

CLASSE DE ATIVIDADE

03 COMERCIAL
 OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
 TRÁFICO

CONTA CONTRATO 2431353019
 DATA DE VENCIMENTO 20/11/2017
 DATA DE EMISSÃO 09/12/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$) 338,46

Nº DA NOTA FISCAL 000323085
 Nº DO CLIENTE 2001321578
 Nº DA INSTALAÇÃO 41059431

Consumo Ativo (kWh)
 Acréscimo Bandeira VERMELHA
 Contribuição do Sistema de Abastecimento de Água
 Juros por atraso NF 000281821 - 05/09/17
 Juros por atraso NF 000281821 - 05/09/17
 Acréscimo IGP-M 000281821 - 05/09/17
 Oatão APAC - 0900 722 2773

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
354 OUTUBRO	0,80158348	283,72
		20,14
		46,78
		5,83
		2,86
		1,25
		10,00

TOTAL DA PAGURA

338,46

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)	CONSUMO (kWh)
30000000	Cal	01.10.2017	40 256,00	40 256,00	01.11.2017	40 430,00	40 430,00	1	174,00	174,00

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
01/10/17 - 30/10/17	174,00	140,00	41,38%
01/11/17 - 30/11/17	174,00	140,00	41,38%
01/12/17 - 30/12/17	174,00	140,00	41,38%
01/01/18 - 30/01/18	174,00	140,00	41,38%
01/02/18 - 30/02/18	174,00	140,00	41,38%
01/03/18 - 30/03/18	174,00	140,00	41,38%
01/04/18 - 30/04/18	174,00	140,00	41,38%
01/05/18 - 30/05/18	174,00	140,00	41,38%
01/06/18 - 30/06/18	174,00	140,00	41,38%
01/07/18 - 30/07/18	174,00	140,00	41,38%
01/08/18 - 30/08/18	174,00	140,00	41,38%
01/09/18 - 30/09/18	174,00	140,00	41,38%
01/10/18 - 30/10/18	174,00	140,00	41,38%

4FCB 0F37 D32F C0B6 3072 3EF3 TABA 50E7

Na data de leitura, o medidor foi encontrado com o valor de 40.430,00 kWh. O cliente é responsável por garantir a validade da leitura e a correta instalação do medidor. O cliente é responsável por garantir a validade da leitura e a correta instalação do medidor. O cliente é responsável por garantir a validade da leitura e a correta instalação do medidor.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o(s) pagamento(s) em aberto(s) de energia elétrica(s).

Vencido	Valor	Valor	Valor	Valor
20/11/17	338,46	338,46	338,46	338,46

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
01/10/17 - 30/10/17	174,00	140,00	41,38%
01/11/17 - 30/11/17	174,00	140,00	41,38%
01/12/17 - 30/12/17	174,00	140,00	41,38%
01/01/18 - 30/01/18	174,00	140,00	41,38%
01/02/18 - 30/02/18	174,00	140,00	41,38%
01/03/18 - 30/03/18	174,00	140,00	41,38%
01/04/18 - 30/04/18	174,00	140,00	41,38%
01/05/18 - 30/05/18	174,00	140,00	41,38%
01/06/18 - 30/06/18	174,00	140,00	41,38%
01/07/18 - 30/07/18	174,00	140,00	41,38%
01/08/18 - 30/08/18	174,00	140,00	41,38%
01/09/18 - 30/09/18	174,00	140,00	41,38%
01/10/18 - 30/10/18	174,00	140,00	41,38%

Não estamos cobrando em 2018, a menos que você não pague a conta em aberto. O cliente é responsável por garantir a validade da leitura e a correta instalação do medidor. O cliente é responsável por garantir a validade da leitura e a correta instalação do medidor. O cliente é responsável por garantir a validade da leitura e a correta instalação do medidor.

ARUANA SECURUS

20 DEZ 2017

CONTA CONTRATO 2431353019
 DATA DE VENCIMENTO 20/11/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$) 338,46

83890000003-0-38460011002-8-43135301910-8-11208457453-4





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 1121204, exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, 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 sanções administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613-98.

Pelo exposto, eu, Paula Equilume Mangabeira de Carvalho inscrito(a) no CPF/CNPJ 083.562.324 65, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Talita Karine Silva Pessoa inscrito(a) no CPF sob o nº 111.266.084 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da vítima Talita Karine Silva Pessoa inscrito(a) no CPF sob o nº 111.266.084 / 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Rectifico informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal

Endereço: Rua Duque de Caxias Número: 170 Complemento: 10
Bairro: Centro Cidade: Quiana Estado: PE CEP: 55900-000
Email: mariafernandaapereira@outlook.com Telefone comercial (DDD): (81) 3011-3224 Telefone celular (DDD): (81) 9.9808-6287

Quiana 06 de Dezembro de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017