



07/07/2020

Número: **0802030-57.2019.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **06/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32128224	07/07/2020 15:59	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
32128227	07/07/2020 15:59	<a href="#">2733122_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
32128230	07/07/2020 15:59	<a href="#">2733122_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.967.601 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/10/2007

NOME RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

FILIAÇÃO JOSÉ BATISTA DE ARRUDA  
TÂNIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

NATURALIDADE PRINCESA ISABEL-PB DATA DE NASCIMENTO 14/05/1985

DDO CDDEN NASC.N.14008-PBS-76 LIV.A15  
CANTORIO-PRINCESA ISABEL-PB

CPF 079.745.534-56

Assinatura do titular

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P.95

Assinatura digital

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

079.745.534-56

Nome

RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Nascimento

14/05/1985

Cartão de identificação pessoal e profissional

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

CORREIOS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

DATA DE NASCIMENTO 14/05/1985 IP INSCRIÇÃO 0336.6338.1260 ZONA 034 SEÇÃO 0177

MUNICÍPIO / UF SÃO JOSÉ DE PRINCESA/PB DATA DE EMISSÃO 27/03/2017

JURISDIÇÃO ELEITORAL

Assinatura digital

POLEGAR DIREITO

Assinatura digital

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

Senha:

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 16193 - RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Sexo: F CNS: 704601180016825 Raça/Cor: PARDAS

Mãe: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Complemento: Bairro: CENTRO

Tel. Residencial: Tel. Comercial:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 29/09/2017 - 15:27:54

DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 29/09/2017 - 16:31:09

Nº F.A.A.: 34952

DN: 14/05/1985 Idade: 32 Anos, 4 Meses e 15 Dias.

RG: 2967601

CPB79.745.534-56

Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 72

Cidade: PRINCESA ISABEL CEP:

UF: PB

Contato:

Celular:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (X) VERDE

PACIENTE APRESENTA VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO APÓS QUEDA DE MOTO.

Medicamentos em uso:

Hipertensão: ( ) Sim (X) Não Diabetes: ( ) Sim (X) Não Cancer: ( ) Sim (X) Não Pneumopatia: ( ) Sim (X) Não  
Transplantado: ( ) Sim (X) Não Alergia: ( ) Sim (X) Não Se Sim, Qual:   
Antecedentes Pessoais:

P.A. X mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/dl Garganta: IS - CONSISTENTE  
Freq. Respiratória: 0 Peso: Kg Altura: m UOL SEM OCH  
Tipo Clínica: CLINICA MEDICA Prof. Resp. pré-consulta: 366358

SHEYLA SAMARA MAIA DA SILVA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA POR  
ACIDENTE AUTOCICLISTICO; APRESENTANDO  
ARENAS RECONSIDERADAS

TRAUMA POR ACIDENTE  
AUTOCICLISTICO

1) Limpas e curativos

DADOS DA SAÍDA

( ) Alta ( ) Alta a Pedido/A Revelia ( ) Desistência ( ) Repouso ( ) Internação  
( ) Encaminhado a  
( ) Transferido para:  
( ) Óbito até 24 horas ( ) Óbito > 24hs ( ) IML ( ) SVO ( ) D.O.Nº

DATA E HORA: 29/09/17 - 17:35

Assinatura do Paciente/Responsável

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, S/N, MAMA, PRINCESA ISABEL - PB - Tel: 3457.3290

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM/FB 10555

MEDICO





Dr. George Alessandro  
Maranhão Conrado  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Dr. Adauto José  
Mourato de Barros  
GINECOLOGIA - CIRURGIA VASCULAR  
CIRURGIA GERAL

Drª. Valda Lúcia  
Moreira Luna  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Drª. Josildete Lorena  
V. Duque  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Drª. Daniele Padilha  
Lapa  
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

Dr. Joab J. Menezes  
CARDIOLOGISTA

Dr. Fernando Monteiro  
PROCTOLOGISTA

Dr. Tadeu Menezes  
ULTRASSONOGRAFIA

Drª. Johan Cristina  
Xavier  
OPTAMOLOGISTA

Labomed  
LABORATÓRIO

## Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990  
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO  
ENDOCRINOLOGIA  
Fone: (87) 3831-0018

### RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Paciente veio a sofrer uma queda de moto no dia 22/09/2017, vindo a ficar em observação, logo em seguida, liberada pelo médico plantonista e encaminha a sua residência.

Após exames a mesma apresentou escoriações pela pele e uma forte pancada no seio direito.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobrar, tem o paciente apresentando como sequelas quelóide extensa na mama, mastalgia na região inferior da mama direita, principalmente, no período menstrual e não consegue dormir do lado direito.

Apresenta déficit laboral em 30% para realizar suas atividades.

Dr. João Cesar da Cunha  
Medicina do Trabalho  
CRM - 10990

Serra Talhada, 01 de maro de 2019

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019

Rua Joaquim Godoy, 388 - Centro • CEP: 56.9112-450 - Serra Talhada - PE - Fones: (87) 3831-8694 / 2745 / 2415



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mra Carolina de Araujo,

RG nº 2933738, data de expedição 13/09/01,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.167.644-99, com

domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Gen. Pedro Góes, nº 39,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Ramaisa Julia Pereira de Araujo cujo o condutor era

Ramaisa Julia Pereira de Araujo.

Veículo: Ford Bix 125 ES

Modelo: 2007

Ano: 2007

Placa: HOC3307

Chassi: 9C2JA07R090238

Data do Acidente:

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 30 de Setembro de 2017.



Mra Carolina de Araujo

Assinatura do Declarante

Ramaisa Julia Pereira de Araujo

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

**EMÍLIA ÉRICA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTAR

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Intermista  
Rua Set. Humberto Pereira 100, 202 - Centro - Princesa Isabel - PB 56200-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s de.....

ANA CAROLINA DE ARAUJO.....

.....

En test, da verdade, Princesa Isabel-PB 30/09/2017 08:14:04

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente

(2017-086272)EMUL:R\$ 19,23 FAFEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,05

SEL0 DIGITAL: AF241476-FW08

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Isabel Kaline Frazão da Silva  
Escrevente

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 da 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Roberto Medeiros de Lencastre inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romário Julio Passos de Azeite inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.745.534 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Romário Julio Passos de Azeite inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.745.534 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Renda Irregular e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso 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 <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Guarapari</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.870-020</u>
Email <u>brm.advocacia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 3896-1236</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 988428269</u>

Guarapari/PE, 20 de Outubro de 2017.  
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017

SABEMI – REC. EM 10 ABR 2019







RODRIGO EDWIN PEREIRA DE ARRUDA  
RUA CANFRADO ROSAS, S/N - CENTRO  
PRINCESA ISABEL / PB CEP: 58789-007 (40) 360  
Emissão: 16/01/2019 Referência: Jan / 2019  
Classe/Usuário: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230 Am-25-Conto Redutor João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Roteiro: 9-155-130-700 Nº Med: 507 00001230855



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Energisa Paróiba - Rua Redentor João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ: 08.986.103/0001-40 Ins. Est. 18.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 018.810.255  
Cód. para Dto. Automático: 0000254318

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2019	16/01/2019	14/02/2019	067.627.494-10

#### Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/12/18	20083	16/01/19	20358		275	33

Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alíq.	Valor Base	Porcentagem
0001	Consumo em kWh	275,000	0,054400	235,81	27	83,56	235,81 2,55 11,77
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0067	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			35,18	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0094	JUROS DE MORA 12/2018			0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0005	MULTA 12/2018			3,96	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0031	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO 01/2019			5,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 270,76 235,81 83,56 235,81 2,55 11,77

VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR
23/01/2019		R\$ 270,76

#### Histórico de Consumo (kWh)

268 | 254 | 233 | 285 | 184 | 185 | 182 | 104 | 106 | 221 | 260 | 228  
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

#### RESERVADO AO FISCO

7179.b971.25ef.f337.4efd.27c3.c9c8.1512.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIO MENSAL	7,86	0,00
DIO TRIMESTRAL	15,32	NOMINAL 220
DIO ANUAL	30,65	
FC MENSAL	5,81	0,00
FC TRIMESTRAL	7,22	CONTRATADA
FC ANUAL	14,45	LIMITE INFERIOR 202
DMC	4,51	LIMITE SUPERIOR 231
DOR	12,22	

#### Composição do Consumo

Discriminadora	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa PB	58,00	20,63
Compra de Energia	79,95	29,50
Serviço de Transmissão	0,71	0,26
Impostos Setoriais	13,34	4,93
Impostos Cidades e Estados	107,56	39,67
Outros Serviços	9,00	3,33
<b>Total</b>	<b>270,76</b>	<b>100,00</b>

Valor em R\$ (R\$) 11/2018: R\$ 75,58

Valor em R\$ (R\$) 11/2018: R\$ 75,58

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:59:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715591370900000030790746

Número do documento: 20070715591370900000030790746

**TIM**  
**BLACK**



SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019

25000968



CTC RECIFE PE PL5  
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
RUA PRAÇA 15 DE NOVENBRO, 124  
ESCRITORIO  
CENTRO  
56870-000 TRIUNFO PE



7214049716 44717 00000006511 30 291118

**BAIXE JÁ O  
APP MEU TIM**



Venha para a Conta  
Digital e tenha 500 MB  
de 5G por mês.

AL 020400 - Rec. 09000 / 001000 - TIM / 17002201811\_REC0100\_A00\_Mobilvot



## 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: 049.745.534-56 Nome completo da vítima: Ramaisa Julia Pereira de Almeida

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

Nome completo: Ramaisa Julia Pereira de Almeida CPF: 049.745.534-56  
Profissão: Enfermeira Endereço: Rua Comandante Rosa Número: 72 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Piracema Igarapé Estado: PB CEP: 58.755-000  
E-mail: hmc.salvencia@gmail.com Tel. (DDD): (81) 3846-1036

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

#### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0864 2 CONTA: 17664 8  
(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 nascituro (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.

Local e Data: Piracema Igarapé/PB, 14/03/2019.  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Ramaisa Julia Pereira de Almeida  
Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1 V001/2018

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019





SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL



Senha:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 29/09/2017 - 16:27:54  
DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 29/09/2017 - 16:31:09

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 16193 - RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Nº F.A.A.: 34952

Sexo: F CNS: 704601180016825 Raça/Cor: PARDA

DN: 14/05/1985

Idade: 32 Anos, 4 Meses e 15 Dias

Mãe: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Etnia: RG: 2967601

CPB99.745.534-56

Complemento:

Bairro: CENTRO

Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 72

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

Cidade: PRINCESA ISABEL CEP:

UF: PB

Contato:

Celular:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

PACIENTE APRESENTA VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO APOS QUEDA DE MOTO.

Medicamentos em uso:

Hipertensão: ( ) Sim (X) Não Diabetes: ( ) Sim (X) Não Cancer: ( ) Sim (X) Não Pneumopatia: ( ) Sim (X) Não  
Transplantado: ( ) Sim (X) Não Alergia: ( ) Sim (X) Não Se Sim, Qual: Outono: ( ) Sim (X) Não  
Antecedentes Pessoais:

P.A. X mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/dl Glasgow: 15 - CONSCIENTE  
Freq. Respiratória: 0 Peso: Kg Altura: m Dor: Sem Dor  
Clínica: CLINICA MEDICA Prof. Resp. pré-consulta: 366358

SHEYLA SAMARA MAIA DA SILVA

Paciente com história de trauma por acidente motociclístico; APRESENTA FERIDAS ESCORIAÇÕES

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

TRAUMA POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO CID

Y limpos e curativos

17/10/2017  
16:27:54  
16:31:09

DADOS DA SAÍDA

(X) Alta ( ) Alta a Pedido/A Revelia ( ) Desistência ( ) Repouso ( ) Internação  
( ) Encaminhado a  
( ) Transferido para:  
( ) Óbito até 24 horas ( ) Óbito > 24hs ( ) IML ( ) SVO ( ) D.O.Nº

DATA E HORA: 29/9/17 - 17:35

Assinatura do Paciente/Responsável

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, S/N, MAIA, PRINCESA ISABEL - PB - Tel: 3457-2270

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM/FB 10555

Médico





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270174

Vítima: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Data do Acidente: 29/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

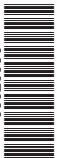
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14189852

Pag. 01959/01960 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020980





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270174

Vítima: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Data do Acidente: 29/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00635/00636 - carta\_04 - INVALIDEZ

0060318



Carta nº 14202208



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:59:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715591370900000030790746>

Número do documento: 20070715591370900000030790746

Num. 32128227 - Pág. 13



## 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: 049.745.534-56 Nome completo da vítima: Ramona Julia Pereira de Almeida

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

Nome completo: Ramona Julia Pereira de Almeida CPF: 049.745.534-56  
Profissão: Enfermeira Endereço: Rua Comodoro Rosses Número: 72 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Piracema Ibael Estado: PB CEP: 58.755-000  
E-mail: horec.advocacia@gmail.com Tel.(DDD): (81) 3846-1036

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)  
AGÊNCIA: 0864 2 CONTA: 17664 8  
(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 nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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: Piracema Ibael/PA, 14/03/2019.  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Ramona Julia Pereira de Almeida  
Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)  
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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1 V001/2018

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019







GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA E DEFESA SOCIAL  
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



## CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

OCORRENCIA POLICIAL Nº 689/2017, LIVRO Nº 003/2017.

DATA: 19.10.2017

HORA: 16:25

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Noticiante: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Estado civil: SOLTEIRA RG: 2.967.601 2ª VIA SSP/PB CPF: 079.745.534-56

Sexo: FEMENINO Dt. Nasc.: 14.05.1985 Idade: 32 ANOS

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PRINCESA ISABEL/PB

Profissão: ENFERMEIRA

Filiação: JOSÉ BATISTA DE ARRUDA E TÂNIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Endereço: RUA CONRADO ROSAS, 72, CENTRO, PRINCESA ISABEL/PB

## NARRATIVA

QUE NO DIA 29 DE SETEMBRO DE 2017, QUE VOLTAVA DA CIDADE DE SÃO JOSÉ DE PRINCESA/PB, JUNTAMENTE COM ANA CAROLINA DE ARRUDA, COM DESTINO A PRINCESA ISABEL/PB, QUE PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 ES, CHASSI: 9C2JA04207R090238, PLACA: MOC-3307/PB, ANO/MODELO: 2007, VERMELHA, REGISTRADA EM NOME DE ANA CAROLINA DE ARRUDA, QUE AO CHEGAR PRÓXIMO A ENTRADA DA LAGOA DA FAZENDA, QUE AO FAZER A CURVA, NA PISTA EXISTIA UMA TERRA, QUE NO OUTRO SENTIDO VINHA UM VEÍCULO, QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR DA TERRA, QUE PERDEU O CONTROLE E DERRAPOU, QUE CAIRAM A DECLARANTE E SUA PASSAGEIRA NAS MARGENS DA RODOVIA QUE DA ACESSO AO POVOADO DA LAGOA DA FAZENDA, QUE A DECLARANTE SOFREU ESCORIAÇÕES EM DIVERSAS PARTES DO CORPO E PRINCIPALMENTE NO SEIO DIREITO, QUE FORAM SOCORRIDAS POR UM TRANZEUNTE QUE PASSAVA PELO LOCAL PARA A UPA DA CIDADE DE PRINCESA ISABEL/PB.

(Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante:

*Ramaiana Julia P. de Arruda*

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS  
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, em 29 de novembro de 2017. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Emol. R\$ 3,33. TSMR R\$ 0,66. FERC R\$ 0,33. Total R\$ 3,95. Selo: 0073841.Y5011201704.00116.

Rua Cel. José Pereira Lima, 50, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019



## PROCURAÇÃO PARTICULAR



**OUTORGANTE: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**, brasileira, solteira, enfermeira, portadora da Cédula de Identidade nº 2.967.601 SSDS/PB, inscrita no CPF/MF sob o nº 079.745.534-56, residente e domiciliada na Rua Canrrado Rosas, s/n, Centro, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

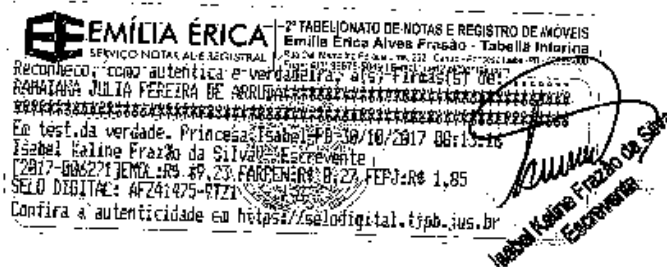
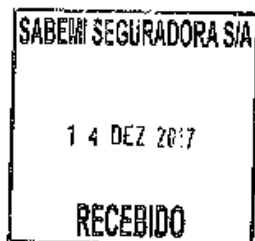
**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**.



Princesa Isabel/PB, 20 de Outubro de 2017.

*Ramaiana Julia Pereira de Arruda*  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



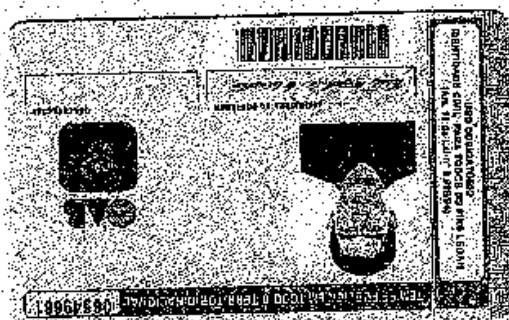
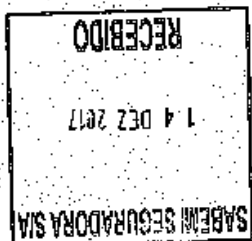
RECEIVED

**SEGURO LIDER - DPVAT**  
CNPJ 09.249.809/0001-04









VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.967.601 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 22/10/2007

NOME RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

FILIAÇÃO JOSÉ BATISTA DE ARRUDA  
TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

NATURALIDADE PRINCESA ISABEL-PB DATA DE NASCIMENTO 14/05/1985

PRINCESA ISABEL-PB NASC. N.º 14008-FLS. 76-LIV. A15

PRINCESA ISABEL-PB

ASSINATURA DO DETENTOR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

0.95

Ramaiana Julia Pereira de Arruda

CARTEIRA DE IDENTIDADE



0012

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

REGISTRO CIVIL DO ESTADO

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

078.749.534-56

Nome

RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Nascimento

14/05/1985

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

REGISTRO CIVIL DO ESTADO

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

078.749.534-56

Nome

RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Nascimento

14/05/1985

Emissão

07/07/2020

CORREIOS

SABEM SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

DATA DE NASCIMENTO 14/05/1985

INSCRIÇÃO 0336.6339.4280

ZONA 034

SEÇÃO 0177

MUNICÍPIO UF

SÃO JOSÉ DE PRINCESA/PB

DATA DE EMISSÃO 27/03/2017

ASSINATURA DO DETENTOR

Ramaiana Julia P. de Arruda

POLEGAR DIREITO





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sra. Carolina de Almeida,

RG nº 2933498, data de expedição 19/09/01,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 063.161.644-99, com

domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Gar. Pedro Gondim, nº 39,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Ramariana Julia P. de Almeida cujo o condutor era

Ramariana Julia Pereira de Almeida.

Veículo: Ford Bix 1.25 ES

Modelo: 2007

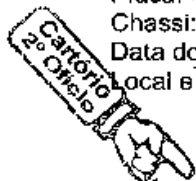
Ano: 2007

Placa: HOC3307

Chassi: 9C2JA07R090238

Data do Acidente:

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 30 de Setembro de 2017.



Sra. Carolina de Almeida

Assinatura do Declarante

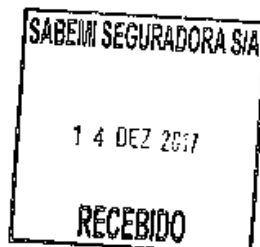
Ramariana Julia Pereira de Almeida

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

**EMÍLIA ERICA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Recomendo: \_\_\_\_\_  
Em test. da verdade, Princesa Isabel/PB, 30/09/2017 08:14:01  
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente  
(2917-006272)EMOL:R\$ 49,23 FAPEN:R\$ 6,22 FEPJ:R\$ 1,85  
SELO DIGITAL: AF241476-F400  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emília Erica Alves Frazão - Tabelião Interina  
P.O. de V. 00042 Princesa Isabel - PB - CEP: 55010-000

Isabel Kaline Frazão da Silva  
Escrevente



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL



U006

Compartilhamento de Informações

Senha:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 29/09/2017 - 15:27:54  
DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 29/09/2017 - 15:31:05

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 16193 - RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Sexo: F CNES: 704601180016825 Raza/Cor: PARDA

Nº: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Complemento: Bairro: CENTRO

Tel. Residencial: Tel. Comercial:

DN: 14/05/1985

Idade: 32 Anos 4 Meses e 15 Dias

RG: 2967601

CPF: 745.534-55

Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 72

Cidade: PRINCESA ISABEL CEP: UF: PB

Cópiado:

Celular:

CADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações de pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

PACIENTE APRESENTA VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO APOS QUEDA DE MOTO.

Medicamentos em uso:

Alimentação: ( ) Sim (X) Não Diabete: ( ) Sim (X) Não Câncer: ( ) Sim (X) Não

Alérgico: ( ) Sim (X) Não Se Sim, Qual: Imunizantes Passíveis:

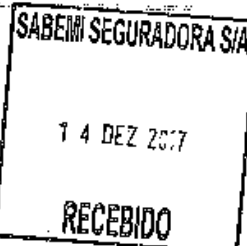
Prof. Resp. pré-consulta: 366356

SHEILA SAMARA MAZA DA SILVA

Paciente com História de Trauma por acidente motociclístico, apresentando várias escoriações

Trauma por acidente motociclístico

1 limpa e curativos



CADOS DA SAÍDA

DATA E HORA: 29/09/17 - 15:33

DATA DE: ( ) Alta e Paciente/A Revista ( ) Assistência ( ) Repouso ( ) Internação

( ) Desatendido

Transferido para:

( ) Menor de 24 horas ( ) Mais de 24h ( ) FIL ( ) SVO ( ) D.O.M

Assinatura do Paciente/Responsável

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, S/N, MAIA, PRINCESA ISABEL - PB - Tel: 3457-2270

Assinatura e Carimbo do Profissional

Modelo 44

Fócus Desenvolvimento de Sistemas







**FIXO**

UNFOP: 33.000.118/0014-83 - INSC. ESTADUAL: 131.001.001190-4  
RUA DO BRUM, 495 - RECIFE - PE CEP: 50030-200  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

86-74/10/17  
1/5

86300884



OTC RECIFE PE PL5  
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
PCA QUINZE DE NOVEMBRO, 124  
CENTRO  
56870-000 TRIUNFO-PE



7213512820053960000002886230051017

Referência

SETEMBRO /2017

Telefone

( 87 ) 3846-1036

Vencimento

15/10/2017

Total a pagar

R\$ 189,25

**Resumo da sua fatura**



**OI FIXO**

R\$ 93,91  
60,87

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL

PACOTE DE MINUTOS FIXO-MOVEL LOCAL

PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31

SERVICOS DIGITAIS

OUTROS PACOTES E SERVICOS MENSIS

33,04



**EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS**

R\$ 95,34

LIGACOES FIXO-FIXO

63,81

LIGACOES FIXO-MOVEL

23,65

SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS

8,08

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9XXXX-XXXX.  
Mais informações em [oi.com.br/9digito](http://oi.com.br/9digito).

CODIGO MINHA OI  
091201460307

[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

Cadastre-se na minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEFAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0014-83 - INSC. ESTADUAL:  
131.001.001190-4  
RUA DO BRUM, 495 - RECIFE - PE CEP: 50030-200  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3  
CONTA 09/2017 LOCAL 4952 DV 9

CODIGO MINHA OI  
091201460307

[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

Cadastre-se na minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

84670000001-7 89250024030-4 32049520384-8 61036081709-9



FATURA N.: 1200108486161  
VENCIMENTO: 15/10/2017  
VALOR A PAGAR R\$ 189,25

CODIGO PARA DEBITO AUTOMATICO: 091201460307





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 da 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

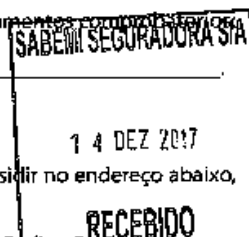
Pelo exposto, eu Roberto Matheus de Lencastre inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542 024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romário Júlio Bezerra de Azevedo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073745 534 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vitima Romário Júlio Bezerra de Azevedo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073745 534 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Renda Informou e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso 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 <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Guarapuá</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.570-000</u>
Email <u>hmc.advocacia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 3896 - 1036</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 92842 8269</u>

Guarapuá/PE 20 de Outubro de 2017.

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





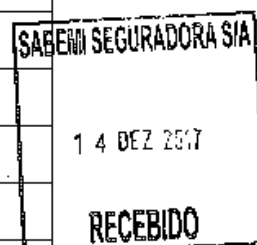
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Romairama Julia Pereira de Arruda

RG nº 2.967.601, data de expedição 22/10/07, Órgão SS-DS/PB,

CPF nº 079.745.534-56, 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>Rua Coronado Reis</u>
Número	<u>117</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.advocacia@gmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 20 de Outubro de 2017.

Assinatura do Declarante: Romairama Julia P. de Arruda



**SABENI SEGURODORA S/A**  
14 DEZ 2017  
**RECEBIDO**





**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL**



**Senha:**

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 29/09/2017 - 16:27:54

DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 29/09/2017 - 16:31:09

**F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

Nome: **16193 - RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**

Nº F.A.A.: **34952**

Sexo: F CNS: 704601180016825 Raça/Cor: PARDA

DN: 14/05/1985

Idade: 32 Anos, 4 Meses e 15 Dias.

Mãe: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Etnia:

RG: 2967601

CPB79.745.534-56

Complemento:

Bairro: CENTRO

Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 72

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

Cidade: PRINCESA ISABEL CEP:

UF: PB

Contato:

Celular:

**DADOS DA PRÉ CONSULTA**

Informações da pré-consulta:

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE**

**PACIENTE APRESENTA VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO APOS QUEDA DE MOTO.**

Medicamentos em uso:



Hipertensão: ( ) Sim (X) Não Diabetes: ( ) Sim (X) Não Cancer: ( ) Sim (X) Não Pneumopatia: ( ) Sim (X) Não  
 Transplantado: ( ) Sim (X) Não Alergia: ( ) Sim (X) Não Se Sim, Qual: \_\_\_\_\_ Out. em: ( ) Sim (X) Não  
 Antecedentes Pessoais:

P.A. X mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/dl Glicose W. 15 - CONSULTANTE  
 Freq. Respiratória: 0 Peso: Kg Altura: m Dor: SEM DOR  
 Clínica: CLINICA MEDICA Prof. Resp. pré-consulta: 366358

**SHEYLA SAMARA MAIA DA SILVA**

*PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMAS POR  
 ACIDENTE AUTOCICLISTICO; APRESENTA  
 APENAS ESCORIAÇÕES*

**SABEM SEGURADORA S/A**

**14 DEZ 2017**

**RECEBIDO**

*TRAUMAS POR ACIDENTE  
 AUTOCICLISTICO*

*1) LIMPANDO E CURATIVOS*



**DADOS DA SAÍDA**

DATA E HORA: **29.09.17 - 17:35**

(X) Alta ( ) Alta a Pedido/A Revella ( ) Desistência ( ) Repouso ( ) Internação  
 ( ) Encaminhado à  
 ( ) Transferido para:  
 ( ) Óbito até 24 horas ( ) Óbito > 24hs ( ) IML ( ) SVO ( ) D.O.Nº

*[Assinatura]*  
 Assinatura do Paciente/Responsável

*[Assinatura]*  
 Assinatura e Carimbo do Profissional

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, S/N, MAMA, PRINCESA ISABEL - PB - Tel.: 3457-2270





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



## C E R T I D ã O

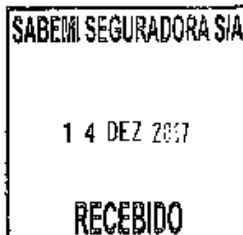
CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:  
OCORRENCIA POLICIAL Nº689/2017, LIVRO nº 003/2017.

DATA: 19.10.2017

HORA: 16:25

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL



Noticiante: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Estado civil: SOLTEIRA RG: 2.967.601 2ª VIA SSP/PB CPF: 079.745.534-56

Sexo: FEMENINO

Dt. Nasc.: 14.05.1985 Idade: 32 ANOS

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PRINCESA ISABEL/PB

Profissão: ENFERMEIRA

Filiação: JOSÉ BATISTA DE ARRUDA E TÂNIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Endereço: RUA CONRADO ROSAS, 72, CENTRO, PRINCESA ISABEL/PB

### NARRATIVA

QUE NO DIA 29 DE SETEMBRO DE 2017, QUE VOLTAVA DA CIDADE DE SÃO JOSÉ DE PRINCESA/PB, JUNTAMENTE COM ANA CAROLINA DE ARRUDA, COM DESTINO A PRINCESA ISABEL/PB, QUE PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 ES, CHASSI:9C2JA04207R090238, PLACA: MOC-3307/PB, ANO/MODELO: 2007, VERMELHA, REGISTRADA EM NOME DE ANA CAROLINA DE ARRUDA, QUE AO CHEGAR PRÓXIMO A ENTRADA DA LAGOA DA FAZENDA, QUE AO FAZER A CURVA, NA PISTA EXISTIA UMA TERRA, QUE NO OUTRO SENTIDO VINHA UM VEÍCULO, QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR DA TERRA, QUE PERDEU O CONTROLE E DESAPAREceu, QUE CAIRAM A DECLARANTE E SUA PASSAGEIRA NAS MARGENS DA RODOVIA QUE DA ACESSO AO POVOADO DA LAGOA DA FAZENDA, QUE A DECLARANTE SOFREU ESCORIAÇÕES EM DIVERSAS PARTES DO CORPO E PRINCIPALMENTE NO SEIO DIREITO, QUE FORAM SOCORRIDAS POR UM TRANZEUNTE QUE PASSAVA PELO LOCAL PARA A UPA DA CIDADE DE PRINCESA ISABEL/PB.

(Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante:

*Ramaiana Julia P. de Arruda*

**CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS**  
Emissão de notas e documentos  
Certifico que a presente é uma cópia verdadeira e fiel do original que se foi apresentado, em 29 de novembro de 2017. Substituta: EDVANTIDE MENDES DE SOUZA. Emul: R\$ 3,32. TSNR R\$ 0,58. FERT R\$ 0,33. Total R\$ 4,23. Selo: C078441.YZQL1201704.00116.

Doador: Associação de Apoio ao Trabalho - www.tjpb.jus.br/tribunatjpb

Rua Cel. José Pereira Lima, 80, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.

Fone/fax: (0XXB31) 3457 3201





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIF



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800 0221206 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 <i>Ramaciara Julia Pereira de Almeida</i>	CPF da Vítima <i>038.745.534-56</i>	Data do Acidente <i>29/09/2017</i>
--	--	---------------------------------------

### 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.

SABEM SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

*Pirassol, 20 de Outubro de 2017*  
Local e Data

*Ramaciara Julia Pereira de Almeida*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOAIS**



TRO

0014  
UNIVERSAL GUARAPUAVA 443/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar 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 de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI: 049.745.534-56 CPF da vítima: 049.745.534-56 Nome completo da vítima: Ramaciara Julia P. de Almeida

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>Ramaciara Julia Pereira de Almeida</u>		CPF titular da conta <u>049.745.534-56</u>	Profissão <u>Enfermeira</u>
Endereço <u>Rua Comandante Rosas</u>		Número <u>117</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Poço das Antas</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58</u>
Email <u>lma.advocacia@gmail.com</u>		Telefone (DDD) <u>(81) 3546-1036</u>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
☐ BRASILESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NÚM. 0866 SW 2 CONTA NÚM. 11.664 DV 8  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)  
BANCO Nome BANCO DO BRASIL NRO 001  
AGÊNCIA NÚM. 0866 DV 2 CONTA NÚM. 11.664 DV 8  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

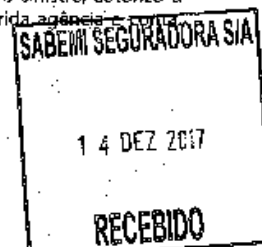
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência bancária. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Poço das Antas, 20 de Outubro de 2017.  
Local e Data

Ramaciara Julia P. de Almeida  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ramaciara Julia P. de Almeida  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





30/10/2017 BANCO DO BRASIL S.A.  
0005772408 AUTO-ATENDIMENTO 09.18.58

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES: CONFERENCIA

AGENCIA: 0867-2 CONTA: 17.664-8  
CLIENTE: RAFAELANA JULIA PARRUDA

HISTORICO	DOCUM	VALOR
-----24/09/2017-----		
Saldo Anterior		████████
-----05/10/2017-----		
Transferencia Online	022740	████████
30/10/1156	22740-4 CONSTRUTORA AP	████████
Saque no TAA	476166	████████
05/10/15:40 SAA-PRINCESA (SAGEL		████████
S A L D O		████████

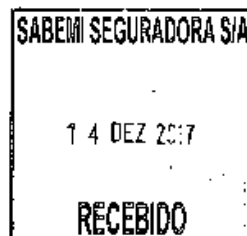
VOCE POSSUE UMA CONTA ESPECIAL 88. PROCURE SUA  
AGENCIA E ASSINE O CONTRATO.

Juros + ██████████  
Data de Cálculo de Juros 01/11/2017  
JCP + ██████████  
Data de Débito de JCP 01/11/2017  
(\*) Atualizado de acordo com o somatório dos saldos  
devedores diários anteriores ao débito

OBSERVAÇÕES:

Na tabela pendentes de cobrança, Total em  
30/10/2017 R\$ 122,62. Sujeito a cobrança  
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.  
Procure sua agência.

Para no futuro, por favor, conservar este documento,  
entre outras informações.



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123341/19

**Vítima:** RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

**CPF:** 079.745.534-56

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 29/09/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

### 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  
DUT  
Outros

#### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

#### RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA : 079.745.534-56

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019  
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES  
CPF: 026.874.120-40

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JULIANE CAMPOS RODRIGUES



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**, brasileira, solteira, enfermeira, portadora da Cédula de Identidade nº 2.967.601 SSDS/PB, inscrita no CPF/MF sob o nº 079.745.534-56, residente e domiciliada na Rua Canrrodo Rosas, s/n, Centro, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**.

Princesa Isabel/PB, 20 de Outubro de 2017.

  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**EMÍLIA ÉRICA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina  
Rua Del. Manoel Pereira Lima, 222 - Centro - Princesa Isabel/PB - CEP: 58.755-000  
Fone: (87) 3846.1036 - E-mail: emilia@tjpb.jus.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA  
Em test. da verdade, Princesa Isabel-PB 30/10/2017 08:13:10  
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente  
(2017-006271)EML:R\$ 89,23 FAREN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,85  
SELO DIGITAL: AF241475-9721  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

  
Isabel Kaline Frazão da Silva  
Escrevente

SABEMI – REC. EM 10 ABR 2019



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190270174 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA **Data do acidente:** 29/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A SEQUELA APRESENTADA EM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO COM DATA DE 01/03/2019 EMITIDO PELO DR JOÃO CÉSAR DA CUNHA, NÃO TEM RELAÇÃO NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE DESTE SINISTRO, VISTO QUE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA COM DATA DE 29/09/2017, NÃO CONSTA TRAUMA OU FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MAMA DIREITA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190270174 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA **Data do acidente:** 29/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A SEQUELA APRESENTADA EM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO COM DATA DE 01/03/2019 EMITIDO PELO DR JOÃO CÉSAR DA CUNHA, NÃO TEM RELAÇÃO NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE DESTE SINISTRO, VISTO QUE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA COM DATA DE 29/09/2017, NÃO CONSTA TRAUMA OU FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MAMA DIREITA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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



A SEGURADORA LÍDER ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT.

**Ref.:** Pedido de Reanálise de Processo Administrativo DPVAT

**Nº Sinistro:** 3180005784

**Data Acidente:** 29/09/2017

**Cobertura:** Invalidez

**Assunto:** Negativa Técnica

Eu, **RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**, brasileira, solteira, enfermeira, portadora da Cédula de Identidade nº 2967.601, SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 079.745.534-56, residente e domiciliado na Rua Conrado Rosas, nº 72, Centro, Princesa Isabel/PB, CEP: 56.755-000, vem, respeitosamente, a presente de Vossa Senhoria, **REQUERER** a **reanálise do processo** em questão, pois me encontro com graves sequelas decorrentes do acidente de trânsito do qual foi vítima em **29/09/2017** e tive o meu pedido de indenização negado.

Ademais, solicito a **marcação de Perícia Médica**, uma vez que não fui periciado por nenhum médico credenciado na Seguradora Líder.

**Nestes termos,**

**Pede Deferimento.**

Princesa Isabel/PB, 14 de março de 2019.

*Ramaiana Julia Pereira de Arruda*

**RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:59:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715591370900000030790746>  
 Número do documento: 20070715591370900000030790746

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180005784 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA **Data do acidente:** 29/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NO CORPO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INDENIZADO

**Sequelas permanentes:** ESCORIAÇÕES

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**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:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

