



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
32128 224	07/07/2020 15:59	<u>Contestação</u>	Contestação
32128 227	07/07/2020 15:59	<u>2733122_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
32128 230	07/07/2020 15:59	<u>2733122_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:59:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715590557300000030790743>
Número do documento: 20070715590557300000030790743

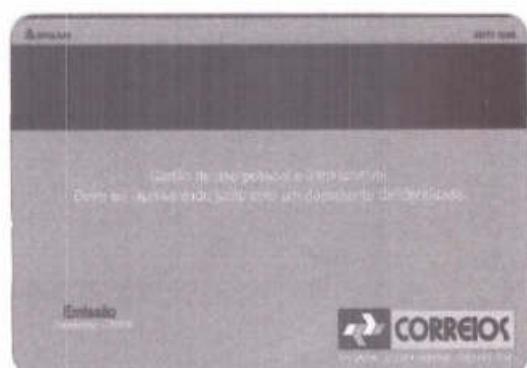
Num. 32128224 - Pág. 1

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

Num. 32128227 - Pág. 1



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

SABEMI – REC. EM 10 ABR 2019

Num. 32128227 - Pág. 2

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: PARDA
 Mãe: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA
 Complemento:
 Tel. Residencial: Bairro: CENTRO Tel. Comercial:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 29/09/2017 - 16:27:54
 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.
 Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 72
 Cidade: PRINCESA ISABEL CEP: 58200-000 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:

SHEYLA SAMA
 366358
 29/09/2017
 16:31:09
 CRM/PB 10555
 MEDICO

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:

2º MELHORAMENTO DE NOTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES
 Emilia Erica Alves Franca - Tatiana Oliveira
 Autentico e prestei depo. Fazendo fidel do original que é de Kelline Fratello da Silva
 Princesa Isabel - PB 29/09/2017 16:12:31
 Kelline Fratello da Silva - Escrevendo
 (28) 9 9191-2116 / (21) 3009-1476
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

DADOS DA SAÍDA

() Alta () Alta a Pedido/A Revella () Desistência () Repouso () Internação
 () Encaminhado a () Transferido para: () Óbito até 24 horas () Óbito > 24hs () IML () SVO () D.O.N.
 DATA E HORA: 29/09/17 - 17:35

Assinatura do Paciente/Responsável

Fábio Medeiros Fernandes
 CRM/PB 10555
 MEDICO

Assinatura e Carimbo do Profissional

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, 511, MAIA, PRINCESA ISABEL - PB - Tel: 3457-2270

Modelo 44



UNICLIN

MÉDICOS ASSOCIADOS

Dr. George Alessandro Maranhão Conrado
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

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

Dr. Valda Lúcia Moreira Luna
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Drº. Josildele Lorena V. Duque
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Drº. Daniele Padilha Lapa
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

Dr Joab J. Menezes
CARDIOLOGISTA

Dr. Fernando Monteiro
PROCTOLOGISTA

Dr. Tadeu Menezes
ULTRASOMOGRAFIA

Drº. Johan Cristina Xavier
OPTOMOLOGISTA

Labomed
LABORATÓRIO

Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990
CLÍNICA MEDICA - 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 queixoide 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 César da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM - 10990

Serra Talhada, 01 de maro de 2019



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Carolina de Araujo,RG nº 2933793, data de expedição 13/10/101,Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 063.167.644-99, com domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Gov. Frederico Gondim, nº 39,complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Ramaisa Júlia P. de Araujo cujo o condutor era Ramaisa Júlia Pereira de Araujo.Veículo: Honda BIZ 125 ESModelo: 2007Ano: 2007Placa: HOC3307Chassi: 9C2JAO7R090238

Data do Acidente:

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 30 de Outubro de 2017.X Ana Carolina de Araujo

Assinatura do Declarante

Ramaisa Júlia Pereira de Araujo

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



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELOJONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emilia Érica Alves Frazão - Tabellaria Interativa

Av. Getúlio Vargas, 100 - Centro - Petrópolis - RJ - 25910-000

Recunheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) a(s) _____

ANA CAROLINA DE ARAUJO _____

En test da verdade, Princesa Isabel-PB 30/10/2017 08:14:44

Isabel Kalina Frazão da Silva - Escrivente

[2017-006272]EMILIA R\$ 49,23 FEPJ:R\$ 0,27 SELO DIGITAL: #F241476-FW08

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

Frazão
Isabel Kalina Frazão da Silva
Escrivente



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. 5



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Hélio Magalhães de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 011512 024 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário România Julia Pires de Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011745534 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima România Julia Pires de Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011745534 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: R\$ 3.000,00 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		Número	Complemento
<u>Faz. 15 de Novembro</u>		<u>124</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Guarapuava</u>	<u>PR</u>	<u>56.870-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>hmc.adm@uol.com.br</u>	<u>(47) 3846-1136</u>	<u>(47) 98842-8269</u>	

Guarapuava, 20 de Outubro de 2017.

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

SABEMI – REC. EM 10 ABR 2019

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

Num. 32128227 - Pág. 7

RODRIGO EDWIN PEREIRA DE ARRUDA
RUA CANFRADO ROSAS, SIN - CENTRO
PRINCESA ISABEL / PB CEP: 58760001 (AD: 166)

Emissão: 16/01/2019 Referência Jan / 2018

Endereço: Rua Canfradô Rosas, Centro, Princesa Isabel - PB, CEP: 58760100

Classe/Síntese: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B230 KM25-City Rodoviar-João Pessoa/PB - CEP: 58071400

CPF: 09.395.193/0001-44 Ins. Est: 16/015/920-0

Razão: 9-165-120-700 N° matr.: 00001230005

Nota Fiscal / Conta de Energia de Energisa N° 018.812.256

Cód. para Dib. Automatizado: 00002644316

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	067.627.484-10 Int. Est.

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não tem a porta da geladeira aberta sem necessidade, leve o passo 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 14/12/18	Lerida 20083	Data 18/01/19	Lerida 20358	275	33

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Vári. Base Cnts	Alv. Iome(R\$)	Base Cnts Fe(R\$)	Confe(R\$)			
0801	Consumo em kWh	278.000,00	0,54400	239,81	239,81	27	63,86	235,81	2,55	11,77
2807	CONTRIBUÍM.PÚBLICA	26,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018	0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2018	0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEON LAUREANO 01/2018	5,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

2019 23/01/2019 R\$ 270,78

Histórico de Consumo (kWh)

2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sent/18	Out/18	Nov/18	Dez/18

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	7,86	0,00
DC TRIMESTRAL	15,22	NOMINAL
DC ANUAL	32,86	220
FC MENSAL	7,21	0,00
FC TRIMESTRAL	7,22	CONTRATADA
FC ANUAL	14,45	LIMITE INFERIOR
DMC	4,31	0,00
DCRI	12,22	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Conta Energisa/PB	68,00	25,00
Compra de Energia	69,88	25,50
Impostos/Funefimado	1,08	0,40
Indenizações Retornos	1,08	0,39
Impostos Diretos e Encargos	107,98	39,00
Outros Serviços	4,00	1,47
Total	270,78	100,00

Válidos EU/CEP Rel. 11/2018: R\$ 270,78



TIM
BLACK

25000968




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



BAIXE JÁ O
APP MEU TIM



Venha para o Conta
Digital e tenha 300 MB
de Bônus todo mês.

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

Num. 32128227 - Pág. 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	049.745.534-56	Raimaíra Júlia Pereira de Araújo		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: Raimaíra Júlia Pereira de Araújo		CPF: 049.745.534-56		
Profissão: Enfermeira	Endereço: Rua Coronel Rosas	Número: 72	Complemento:	
Bairro: Centro	Cidade: Princesa Isabel	Estado: PB	CEP: 58.755-000	Tel.(DDD): (84) 3846-1036
E-mail: louc.advocacia@gmail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0864 2 CONTA: 17664 8
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

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 e custas da Seguradora Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Raimaíra Isabela /PB, 14/03/2019.
	Nome: _____
	CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, contados 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 14189832

Pag. 01959/01960 - carta_01 - INVALIDEZ



00020980



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. 12



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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.

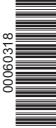
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 006335/00636 - carta_04 - INVALIDEZ



00060318

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:	Nome completo da vítima:		
	09.745.534-56	Romaiana Julia Pereira de Araujo		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Romaiana Julia Pereira de Araujo				
Profissão: Enfermeira	Endereço: Rua Coronel Rosas	CPF: 09.745.534-56	Número: 72	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Princesa Isabel	Estado: PB	CEP: 58.755-000	Tel.(DDD): (84)3846-1026
E-mail: lione.adversaria@gmail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Princesa Isabel/PA, 14/03/2019.
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

1 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16º 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:
OCORRÊNCIA POLICIAL N° 689/2017, LIVRO n° 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 2^a VIA SSP/PB CPF: 079.745.534-56

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

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PRINCESA ISABEL/PB

Profissão: ENFERMEIRA

Filiação: JOSÉ BATISTA DE ARRUDA E TÂMIA 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, dia 16 de Novembro de 2017. Substituto: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUSA. Enc. RA: 3.33. TBNR: RA: 0.66. FERC: RA: 0.33. Total: RA: 0.93. Selo: 0073841.YQ011201704.00026.

Fonte: www.tjpb.jus.br

Rua Cel. José Ferreira Lima, 39, 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 Canrado Rosas, s/n, Centro, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

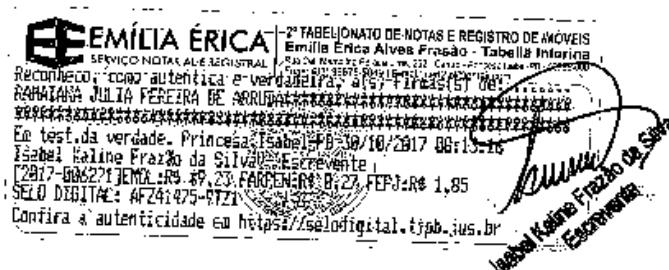
OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

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)

SABEMI SEGURADORA S/A
14 DEZ 2017
RECEBIDO



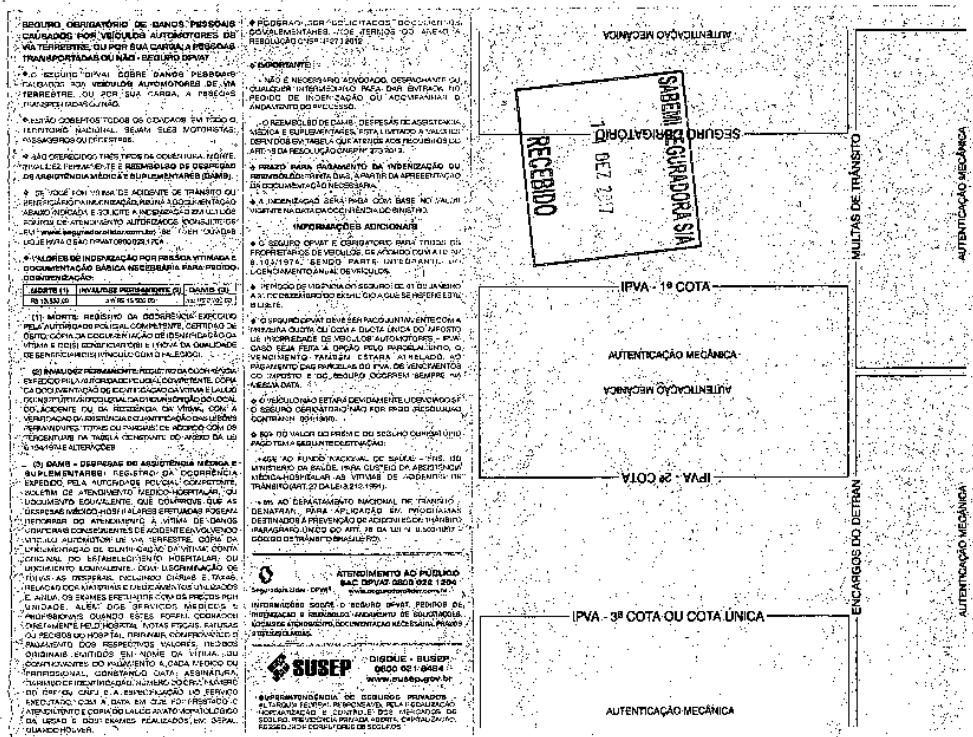


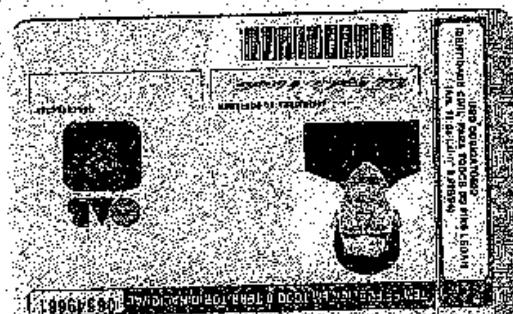
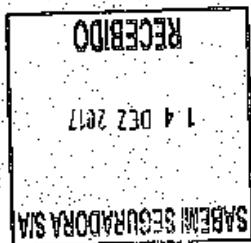
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA SAÚDE	
DETRAN - PB		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 013136565830		VALOR PENA DE 1000,00 REAIS	
DATA DE VENCIMENTO 2017-02-22		EXERCÍCIO 2017	
ANALIA CAROLINA DE ARRUDA		ENDERECO	
06316764493		MOC 3307/PB	
NOVO		PB - CERTIFICAÇÃO TR090238	
PAS/MOTONETA/NAO APLIC		TIPO DE COMBUSTÍVEL	
HONDA/B12 1/25 ES		GASOLINA	
CARRO/CAMI		ANO FABRICANTE	
2/124/CI		2007	
CARRO/CAMI		PLACA/ANO/	
PARTIC		VERMELHA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
TPVA PAGO EM		00/00/0000	
FAZENDA/VALOR		TABELAMENTO/DSMAS	
*****		*****	
PREÇO TARIARÍPIO		PREÇO TARIARÍPIO	
*****		*****	
SEGURADORA LIDER - PAGTO		22/02/2017	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		CONFERIDA POR	
PRINCESA ISABEL/PB		DATA	
41581		30/03/2017	
Selo		Selo	
		01054	
SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 03.243.500/0001-04			
PB Nº 013136565830 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA AO VERSO. AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
PERÍODO		2017 30/03/2017	
06316764493		MOC 3307/PB	
00934009929		HONDA/B12 1/25 ES	
2007		0C2JA04207R090238	
CUSTO DO SEGURO (R\$)		TOTAL A SER PAGO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		PAGAMENTO	
*****		SEGURO	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		DATA DE GLUTAÇÃO	
*****		22/02/2017	
SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 03.243.500/0001-04			
31054-1144331-20170230			



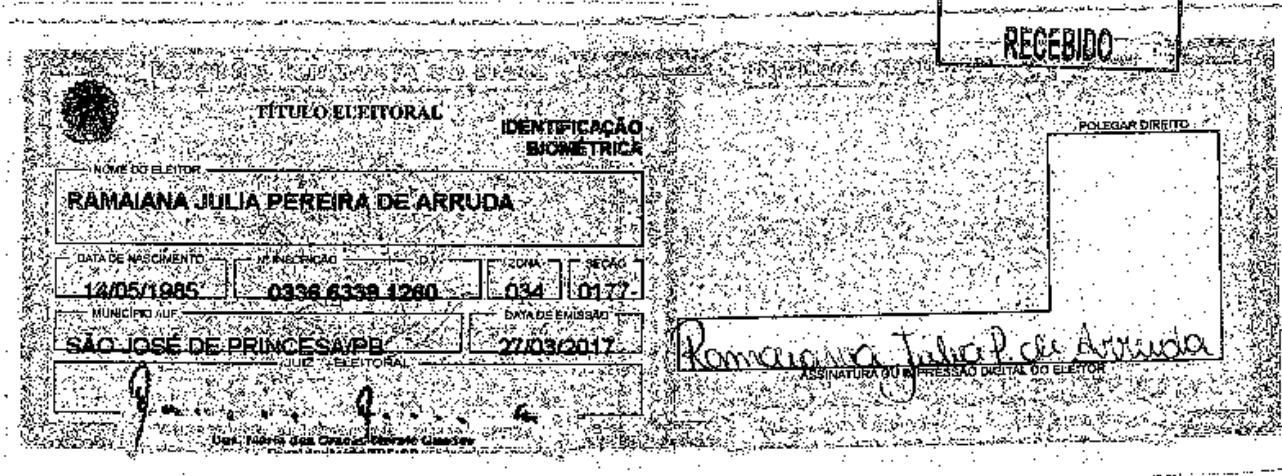
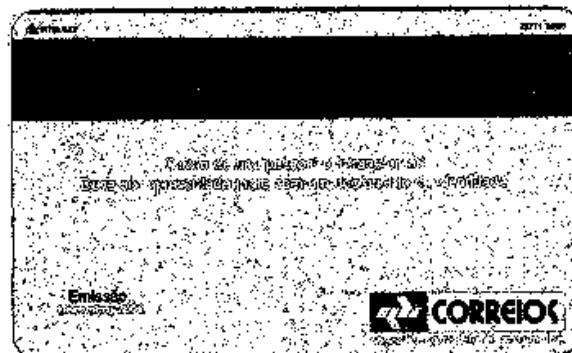
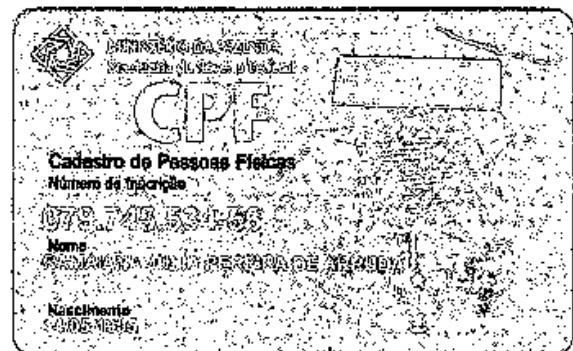
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:59:14
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007071559137090000030790746>
Número do documento: 2007071559137090000030790746

Núm. 32128227 - Pág. 17





CARTA DE IDENTIDADE		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/10/2007
NOOME	RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA	
FILIAÇÃO	JOSE BATISTA DE ARRUDA TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA	
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL - PB	
DATA DE NASCIMENTO	14/05/1985	
CPF	079.718.534-53	
MUNICÍPIO	SÃO JOSÉ DE PRINCESA ISABEL - PB	
ASSINATURA DO DIRETOR	Assinatura do Diretor	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		
ESTADO DA PARAÍBA		P-95
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL		
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA		
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		
ROMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA		Assinatura da Carteira de Identidade
		CARTERA DE IDENTIDADE
		00124
		Carteira de Identidade - CIEP/CNPJ





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Carolina de Araújo,

RG nº 2.923.798, 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 Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Gov. Pedro Gondim, nº 39,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Ramônia filha Pereira de Araújo cujo o condutor era Ramônia filha Pereira de Araújo.

Veículo: Fiorino B1X 125 ES

Modelo: 2007

Ano: 2007

Placa: HOC 3307

Chassi: 9C2JF07R090238

Data do Acidente:

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



X Ana Carolina de Araújo

Assinatura do Declarante

Ramônia, filha Pereira de Araújo

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



1º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE MÓVEIS
Emilia Erica Alves Frazão - Tabelária Poderosa
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - Poderoso, Vizinho e Próximo ao Centro Peculiar de S. João
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de ANA CAROLINA DE ARAÚJO, que consta no documento de que faço parte, assinado por mim, em 30/10/2017, às 08:15:00.
Em testemunha, Princesa Isabel/PB - 30/10/2017 08:15:00
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrivane!
[2017-004272]ENOL:R# 9,23, FAPREN:140,22, FEFM:R# 1,95
SELO DIGITAL: AFZ44476-FI09
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

*Isabel Kaline Frazão da Silva
Escrivane*

SABEM SEGURADORA SA

14 DEZ 2017

RECEBIDO



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



Documento de identificação

Senha:

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 16193 - RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Razão P: CNIS: 704601180016825 Raga/Cor: Parda
NRP: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Complemento: Bairro: CENTRO
Tel. Residencial: Tel. Comercial:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 29/09/2017 - 15:07:54
DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 29/09/2017 - 15:31:05

Nº F.A.A.: 34952

DN: 14/05/1985 Idade: 32 Anos 4 Meses e 15 Dias
RG: 2967601 CPF: 9745.634-56

Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 73
Cidade: PRINCESA ISABEL CEP: _____ UF: PE

Cópia/Lab: _____ Cétran: _____

DADOS DA PRÉ CONSULTA
Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

PACIENTE APRESENTA VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO APOS QUEDA DE MOTO.

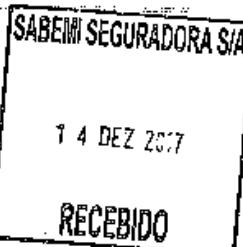
Medicamentos em uso:

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabates: () Sim (X) Não Câncer: () Sim (X) Não
Hipertensão: () Sim (X) Não Alergia: () Sim (X) Não Se Sim Qual: _____
Antecedentes Pessoais:

P.A. X Sintomas Temperatura: 36 Freq. Respiratória: 0 Sat O2: _____
Pulseira: _____ Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Glicemia Capilar: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Gluc. Urinária: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Choro: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Uro: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Dors: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Cerv: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Abd: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Genit: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Ext: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Cerebral: _____ mg/dL
Prof. Resp. pré-consulta: 366358 Sintomas: _____

Paciente com história de traumas por
acidente motorociclistico, apresentando
APENAS ESCORIACOES

SHEYLA SAMARA MAIA DA SILVA



Traumas por acidente
motorociclistico
/ Importar riscos

DADOS DA SAÍDA

DATA SAÍDA: 29/09/17 - 15:33
() Até a Pedida/A Revisa () Desistência () Repouso () Internação
() Encaminhamento () Transferido para:
() Entrada > 24hrs () Óbito > 24hs () UHL () SVO () D.O.P.
() Entrada > 24hrs () Óbito > 24hs () UHL () SVO () D.O.P.

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

Assinatura e Carimbo do Profissional:

Assinatura e Carimbo do Profissional:

Assinatura do Paciente/Responsável: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, SIN, MAIA, PRINCESA ISABEL - PE - Tel: 3427-2270

Assinatura:

Assinatura e Carimbo do Profissional:

Focus Desenvolvimento de Sistemas

Focus Desenvolvimento de Sistemas





OI FIXO

LNF00123.000.119/0014783 - ANEXO ESTACIONAL 101.001.0010004
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50030-260
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

86-11/10/16

1/3



70016*



CTC RECEIRE PPLS

HAROLDÓ MAGALHÃES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVEMBRO, 124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO-PE



7213512820053360000002866230051017

Referência

SETEMBRO /2017

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/10/2017

Total a pagar

R\$ 189,25

Resumo da sua fatura

OI FIXO

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
PACOTE DE MINUTOS FIXO-MÓVEL LOCAL
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31
SERVIÇOS DIGITAIS
OUTROS PACOTES E SERVIÇOS MENSais

R\$ 93,91

60,67

EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS

LIGAÇÕES FIXO-FIXO

LIGAÇÕES FIXO-MÓVEL

SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORAIS E DE TERCEIROS

R\$ 95,34

63,61

23,65

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.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307www.oi.com.br/MinhaOi

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



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.116/0014-63 - INSC. ESTADUAL:
181.001.007/146-4
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50030-260
MATRIZ CNPJ: 33.000.116/0001-79

HAROLDÓ MAGALHÃES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3
CONTA 09/2017 LOCAL 4852 DV 9

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

CÓDIGO MINHA OI
091201460307www.oi.com.br/MinhaOi

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



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

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307



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. 23



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu România Júlia Pires de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.542.024 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário România Júlia Pires de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.745.534 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Trabalho da Vítima România Júlia Pires de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.745.534 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogada Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios.

SABEM SEGURODORA SIA

Recuso informar

14 DEZ 2017

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

RECEBIDO

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua 15 de Novembro</u>	<u>124</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>PE</u>	<u>56.870-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>sue.moreira@gmail.com</u>	<u>(87) 3896-1036</u>	<u>(87) 928428269</u>

Recife, 20 de Outubro de 2017.

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





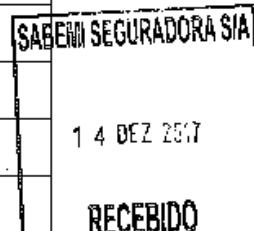
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, România, Júlio, Pereira de Araújo

RG nº 2.967.601, data de expedição 22/10/07, Órgão SS.DS/PR,

CPF nº 029.745.534-56, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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 Conrado Reis</u>
Número	<u>Alm</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>hml.advocacia@gmail.com</u>

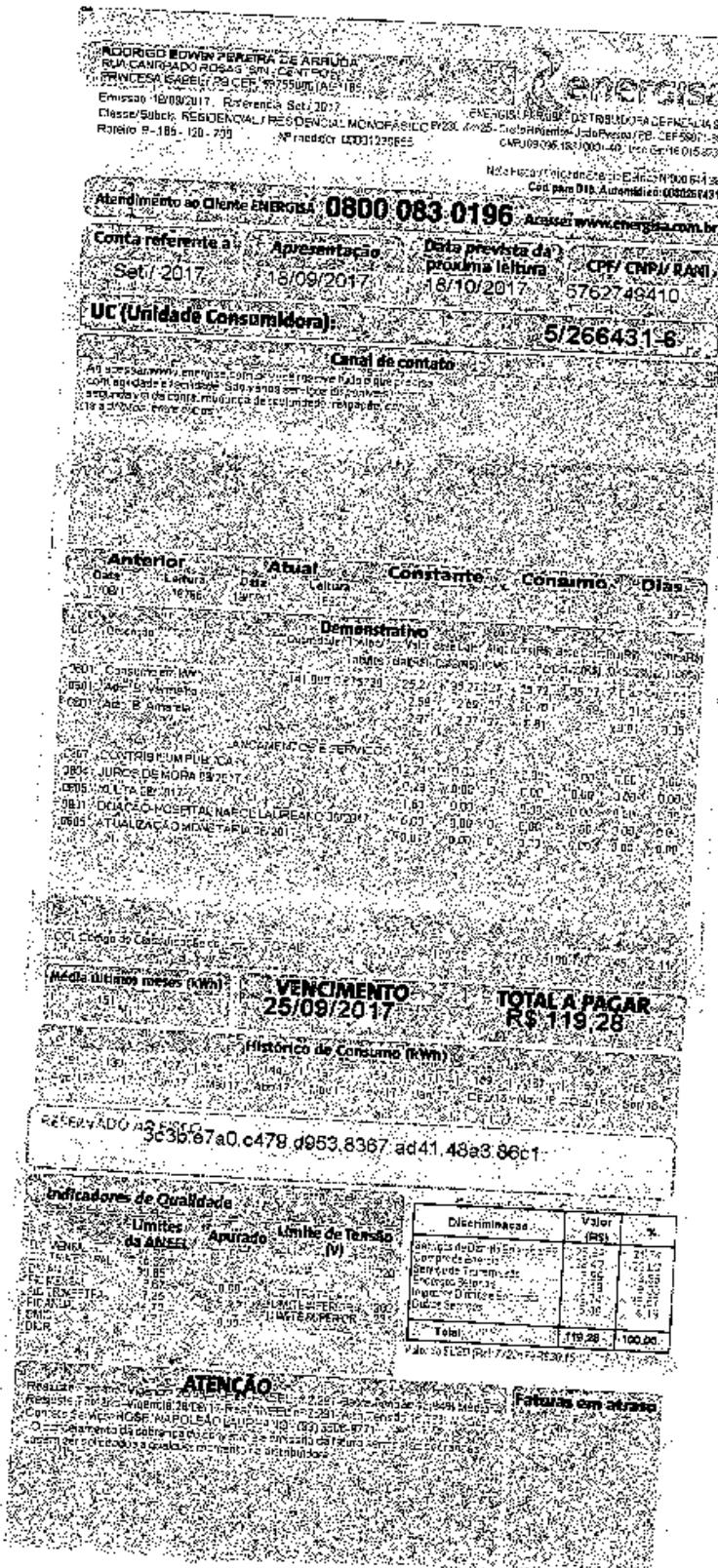


Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: România Júlio P. de Araújo





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



Senha:

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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

Sexo: F CNS: 704601180016825 Raça/Cor: Parda

Mãe: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Complemento: Belítrio: CENTRO

Tel. Residencial: Tel. Comercial:

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

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.

Etnia: 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 APOS QUEDA DE MOTO.

Medicamentos em uso:



Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não Cancer: () Sim (X) Não Pneumopata: () Sim (X) Não

Transplantado: () Sim (X) Não Alergia: () Sim (X) Não Se Sim, Qual: _____ Outras: () Sim (X) Não

Antecedentes Pessoais:

P.A. X mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/dl Glúc. ur.: 15 - CONSCIENTE
 Peso: 0 Freq. Respiratória: 0 Peso: Kg Altura: m Dors: SEM DOR
 Prof. Resp. pré-consulta: 386358

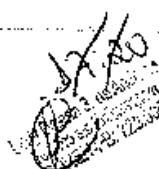
SHEYLA SAMARA MAIA DA SILVA

Paciente com história de trauma por
 ACIDENTE MOTOCICLISTICO; APRES.
 APENAS ESCORIAÇÕES

SABERI SECADORA SIA

14 DEZ 2017

RECEBIDO



DADOS DA SAÍDA

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

DATA E HORA: 29/09/17 - 16:35

Assinatura do Profissional

Alfredo Medeiros Fernandes

CRM/FB 10555

Médico

Assinatura e Carimbo do Profissional

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, 819, MNA, PRINCESA ISABEL - PR - Tel.: 3457-2270

Modelo 44





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16º AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D Á 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:
OCORRÊNCIA POLICIAL N° 689/2017, LIVRO n° 003/2017.

DATA: 19.10.2017

HORA: 16:25

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

SABEM SEGURODORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

Noticiante: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

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

Sexo: FEMININO **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, VERMEIHA, REGISTRADA EM IXSME EM ANA CAROLINA DE ARRUDA, QUE AO CHEGAR PRÓXIMO A ENTRADA DA LAGOA DA FAZENDA, QUE AO FAZER A CURVA, NA PISGA EXISTIA UMA TERRA, QUE NO OUTRO SENTIDO VINHA UM VEÍCULO, QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR DA TERRA, QUE PERDEU O CONTROLE E CERRAPOU, 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 – Penas: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Ramaiana Júlio P. de Arruda

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS

ESTADO DA PARAÍBA - DEPARTAMENTO DE JUSTIÇA E DESENVOLVIMENTO
SERVIÇOS PÚBLICOS E INSTITUCIONAIS
NOTA: Esta é a cópia de impressão digital da original que já foi
apresentada, dia 29 de novembro de 2017. Substituta: EDUARDO DE
MENEZES DE SOUZA. Enc. RG 3.32. PMS
R\$ 0,68. FERC R\$ 0,33. Total R\$ 0,98.
Selos: COT3H41.YSQL1201704.00116.

Documentos disponíveis em: www.tjpb.jus.br/etecigp

Bra. Cel. José Ferreira Lima SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457-2281. Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457-2281



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CII



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800) 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>Ramaciava Júlia Pereira de Amorim</i>	CPF da Vítima <i>018.745.534-56</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:

Assinante uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 Lider 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 SEGUROADORA SIA

14 DEZ 2017

RECEBIDO

Princesa Isabel, 20 de Outubro de 2017.

Local e Data

Ramaciava Júlia Pereira de Amorim

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOAS

Autenticação de pagamento

08147
Guia 445/12

TRO

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

CPF da Vítima

049.745.534-56

Nome completo da vítima

Raimaria Julia P. de Araujo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Raimaria Julia Pereira de Araujo

CPF titular da conta

049.745.534-56

Profissão

Enfermeira

Endereço

Rua Coronel das Rosas

Número

517

Bairro

Centro

Cidade

Painha Osabel

Estado

PB

CEP

58

Email

lma.advecadacia@gmail.com

Telefone (DDD)

181 3846-1036

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

 RECLUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00 CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (003) ITAÚ (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANCO DO BRASIL

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

086f 2 17.664 8

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SABEMI SEGURADORA SIA

Raimaria Julia P. de Araujo

Local e Data

14 DEZ 2017

Raimaria Julia P. de Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECEBIDO

FAPPF.001 V001/2017



BANCO DO BRASIL S.A.
30/10/2017 AUTO-ATÉNCIMENTO - 09.18.58
009572402

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0967-2 CONTA: 17.664-8
CLIEFATE: RENATA ANGELITA P ARREDOA

HISTÓRICO	DOCUM	VALOR
24/10/2017		
Saldo Anterior		
05/10/2017		
Transferência em nome	022740	
05/10/1150	22740-4 CONSTRUTORA AP	
Saque no TAA	476,66	
05/10/15:40	SÂO PRÍNCIPE ISABEL S A L D O	

VOCÊ POSSUE UMA CONTA ESPECIAL 88 PROCURE SUA
AGÊNCIA E ASSINE O CONTRATO.

Juros: _____
Data de vencimento de juros: 01/11/2017
LDE: _____
Data da Debito do LDE: 01/11/2017
(*) Apuração de acordo com o somatório dos saldos
deveríveis constantes no mês anterior ao débito

DESCRIÇÕES:

Não há fias pendentes de cobrança. Total em
30/10/2017 R\$ 122,62. Sujeto a cobrança
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
Procure sua agência.

Leia atentamente como conservar este documento,
entre outras informações.

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123341/19

Vítima: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

CPF: 079.745.534-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2017

Titular do CPF: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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 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



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. 32

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)

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



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. 35

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

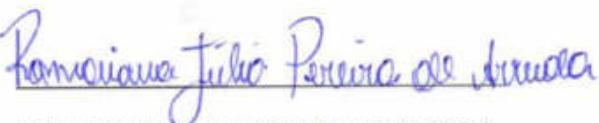
Eu, RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA, brasileira, solteira, enfermeira, portadora da Cédula de Identidade nº 2967.601, SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 079.745.534-56, residente e domiciliado na Rua Conrado Rosas, nº 72, Centro, Princesa Isabel/PB, CEP: 56.755-000, vem, respeitosamente, a presente de Vossa Senhoria, **REQUERER** a **reanálise do processo** em questão, pois me encontro com graves sequelas decorrentes do acidente de trânsito do qual fui 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 Marcos de 2019.


RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

SABEMI – REC. EM 10 ABR 2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL					
MINISTÉRIO DAS CIDADES					
DETRAN - PB					
CERTIFICADO DE REGISTRO E ENSUCIMENTO DE VÉHICULO					
Nº 0093400997-9	DATA 07/02/2017	PERÍODO 00/0000000000000000	Nº 013136565850	PERÍODO 2017	DENTRAN
ANA CARÓLINA DE ARRUDA					
06316764499	PB	MOC3307/PB	06316764499	PB N° 013136565850	BILHETE DE SEGURO DPVAT
NOVO	PB	9C2JA04207R090238	06316764499	06316764499	06316764499
PAS / MOTONETA / NÃO APYC					
HONDA/BIZ 125 ES	APENAS	GÁSOLINA	06316764499	06316764499	06316764499
2 P/124 /CI	APENAS	VERMELHA	00934009929	00934009929	00934009929
IPVA PAGO EM	00/00/0000	2007	2007	2007	2007
VATIVA		VERMELHA	9C2JA04207R090238	9C2JA04207R090238	9C2JA04207R090238
0			2017	2017	2017
ESTRUTURA OBIGATÓRIA DE TRÂNSITO PISCAUSCOSUSADOS RODRIGUES					
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO					
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA					
www.seguradoralider.com.br					
SAC DPVAT 0800 022 124					
PRINCESA ISABEL-PB	41581	30/03/2017	30/03/2017	30/03/2017	30/03/2017
SEGURADORA LÍDER - DPVAT					
CNPJ 03281608/0001-84					
NOV-2016					



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 %

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

