



Número: **0825116-65.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSANGELA MARQUES ARAUJO DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35200 005	07/10/2020 10:40	2756296_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2017

Carta nº: 10715528

A/C: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170160739 ASL-0102071/17

Vitima: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA

Data Acidente: 17/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00263/00264 - carta_01



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2017

Carta nº: 10728473

A/C: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170160739 ASL-0102071/17
Vítima: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01259/01260 - carta_03



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11287350

A/C: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170160739 ASL-0102071/17
Vítima: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01481/01482 - carta_03



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3170160739**
Vitima: **ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **17/07/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170160739**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12206856

Pag. 01611/01612 - carta_16 - INVALIDEZ

00010806





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rosângela Ananias Marques Pereira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.034.929 EXPEDIDO POR SSPS/PR EM 25/04/16 F
 CPF 031496314-98 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO donato
 E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosângela Ananias Marques Pereira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização, com informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *TIP*



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA Social ou Renda Mensal Inicial.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa), ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informados a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00029060-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pereira Jo de Farias de 2014
 LOCAL E DATA

Alcides Rosa Pinto
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





18





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00127.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00127.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 09:20 horas do dia 17 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Rosângela Araújo Marques Pereira**, CPF nº 031.476.314-78, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Diarista, filho(a) de Maria do Socorro de Araújo da Silva e Arnaldo Marques da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/03/1976 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Ailton Cesário, Nº 115, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho Ciana, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

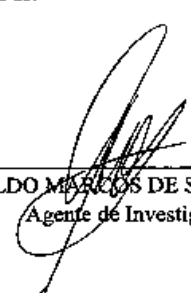
Local: Próximo Ao Pb I, João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc);
Data/Hora: 17/07/16 06:00h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que, no dia 17/07/2016, por volta das 06:00 horas, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG125 FAN KS, DE COR ROXA, PLACA OEX4806/PB, chassi: 9C2JC4110CR523037, registrada em nome de Alan Queiroz, no bairro de mangabeira VIII, nesta capital, ao passar por um buraco na via, perdeu o controle de direção caindo ao solo e em decorrência desse fato veio a sofrer fratura dos ossos da perna esquerda, sendo socorrida por terceiros e conduzida ao Complexo Hospitalar de mangabeira, nesta capital.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de janeiro de 2017.


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente de Investigação


ROSANGELA ARAÚJO MARQUES PEREIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 00127.01.2017.1.00.420

1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rosaugela Anauro Marques Pereira, portador da carteira de identidade nº 2034929 e inscrito no CPF sob o nº 081.446.344-78 residente e domiciliado na Rua Ailton Oseiro, S/N - Moura Carari, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Alexandre Lessa Pires

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 10 de Fevereiro de 2017

Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rosângela Adriano Marques Pereira, portador da carteira de identidade nº 2034929 e inscrito no CPF sob o nº 031.446.314-78, residente e domiciliado na Rua Milton Pereira, 34 - Mandacaru, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 10 de Junho de 2017
Local e data



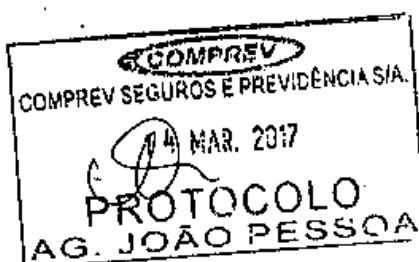
Ato declaratório

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N
58036-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 869203 Atd: Nao Regulado
Data: 17/07/2016
Hora: 08:35:07
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2034929 Fone: 98079116
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/03/1976 Id: 40 ano(s)
End.: RUA AITON CEZARIO, 115 SEM CRTAO DO SUS
Bairro: MANDACARU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: ARNALDO MARQUES DA SILVA
Mae: MARIA DO SOCORRO DE ARAUJO DA SILVA
Ocupação: DIARISTA
Informações de Entrada
Resp.: ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
Tela: Responsável: 98079116 / IDENTIDADE: 2034929
Procedência: CASA



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: A MOTO CAIU POR CIMA DO PE ESQUERDO HJ AS 7/ HS DA

Vitima de violência por: MANHA PROX DE FRENTE A PEI MORENA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

*Procedente de trauma de acidente de trânsito de moto leve
inquirido a uma ocorrência.*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

DOCUMENTO 2 "12%"



Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

*Fratura do Perno
- Rx perno e
- do arto direito
sem com 11 mm*

*NOTA
OTM
2038 PB*

*TAL A. B.
11/07/2016*

2



DOCUMENTO 2 "T24"



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandra Amanda Marques Pereira

RG nº 2.034.929, data de expedição 25/04/16

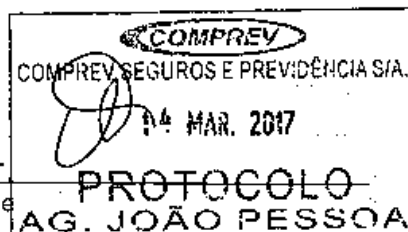
Órgão SSPS/PB, CPF nº 031.476.314-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Altair Pereira</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Maclaren</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-4900 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>alexandraevandante@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa PB, 10/02/14

Alexandra
Assinatura do Declarante



COMUNICADO

DESTINATÁRIO:

2869

ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA
R AILTON CESARIO S/N - MANDACARU
JOAO PESSOA - PB

UC: 1477307 ROTEIRO: 3 1 310 1790
MEDIDOR: 6315830

COMPREV

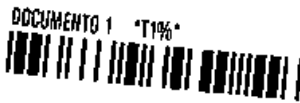
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Ja 14 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

20





0000011989 - 0000022912

672520472003

Vivo

Seu Demonstrativo de Despesas

Código do cliente 6599 9433 3035 DV: 7
Nº do telefone 8330241515
Data de vencimento 25/01/2017
Valor a pagar 178,28
Data de emissão 09/01/2017
Estado de instalação Paraná
Tipo de cliente Residencial
Número da fatura 0399005610-0
Mês de referência Janeiro/2017

78502812



JOSE EDUARDO DA SILVA
AVENIDA MARIA ROSA 93
MANAIRA
58038-480 JOAO PESSOA PB

Telefone Brasil 016
Av. Esperança Luz Carta Verde 1370, Et. 100 - Jd. Santa Helena
Cidade Maringá - Paraná - 81130-900
CEP: 81130-900 - São Paulo - SP
www.vivo.com.br
Não pague por depósito



RESUMO

PRESTADORA TELEFONICA

Plano Contratado / Serviços Mensais

Internet

Telefone

Vivo Fibra 26 Mbps (mês)

Ilimitado Fixo Local - Assinatura Mensal (mês)
Ilimitado Fixo Local - Franchising Mensal (mês)
TV por Assinatura

Super HD (mês)

Total

Ligação

Ligação Local Excedentes

Total

OUTRAS PRESTADORAS

Serviços Operacionais

VALOR (R\$)

34,90

42,99

16,10

79,90

173,89

0,00

0,00

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação	Novembro	Dezembro	Jan/17
Mixado Local Utilizado	24:00	12:00	51:00
Lig Local Cartão (NCT)	5:12	9:05	0
Lig Mix Local VOZ/CA	0	0	1:34

Página: 1/4



Vencimento
25/01/2017





DECLARAÇÃO

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

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

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

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

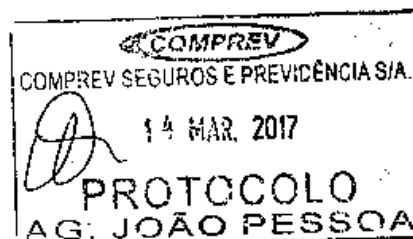
Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Rosângela Ananjo Marques Pereira do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Rosângela Ananjo Marques Pereira e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: advogado Renda Mensal: R\$ recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

[Assinatura]
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alan QueirozRG nº 2620746, data de expedição 04/12/99.Órgão SSP/RB, portador do CPF nº 050.380.034-99, comdomicílio na cidade de João Pessoa, no Estado deParaíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua José Betânia, nº 202.complemento Naudara declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Raquel Maria Marques Pereira cujo o condutor eraRaquel Maria Marques PereiraVeículo: MotoModelo: Honda CG 125 Fan KSAno: 2012Placa: OEX 48061PBChassi: 9C2JC4110CR523034Data do Acidente: 17/04/18Local e Data: João Pessoa, 18/09/18

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

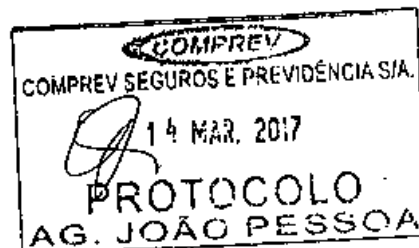
1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 05.370-0

Reconheço por autenticidade a assinatura de ALAN QUEIROZ
a qual contém como padrão registrado nessa servente, dou fé.
João Pessoa, 18 de Janeiro de 2017
Em Teu e Na Verdade.

MARCELO TIMOTEO DE OLIVEIRA - Escrivão (OAB 11.81)

Belo Digital de Fiscalização Tipo Normal G: AEM93449-BM60

Confira os dados do ato em: <https://portalodigital.tjpb.jus.br>



DOCUMENTO 5 *T39*



CERTIDÃO

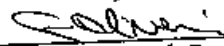
Nº. 1359/2016

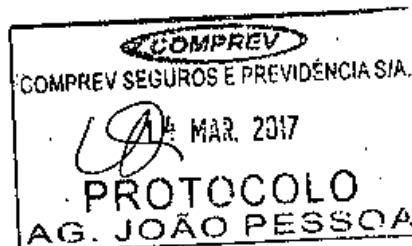
Atendendo solicitação de **ROSANGELA ARAÚJO MARQUES PEREIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação do prontuário nº 2016.07.001363 e Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 869205 pertencentes a mesma, que foi atendida no dia 17/07/2016 às 08H35min, vítima de acidente de moto, apresentando dor em perna esquerda.

Foi submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia no dia 22/07/2016 e alta médica no mesmo dia do procedimento.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de setembro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Roberto Augusto Moura</u>				Registro:	
Idade: <u>40</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>Ortop</u>	EMP:	LR:
Data: <u>22/07/16</u>	Cirurgião: <u>R. Moura</u>			1º Assistente: <u>R. Moura</u>	
2º Assistente: <u>R. Moura</u>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Protrusão do osso do ponto E

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

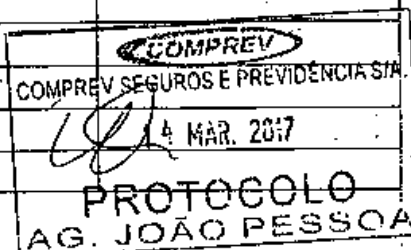
CID

Protrusão do osso do ponto E

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Aperfeiçoamento de
osso no osso de Mee.



Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

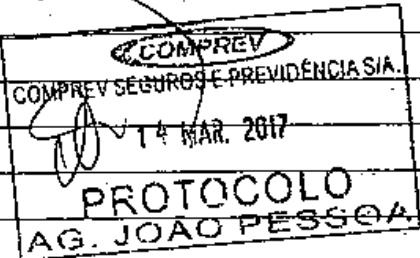
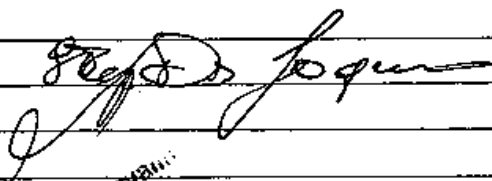
Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria: 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
	1) 80 dentes e decalado por ref
	do b. ondo do "moque" //
Incisão:	2) Realizado no decorrer, e apóios de
	goma, como pedaleira
Achados:	
Conduta:	
	
Fechamento:	
OBS:	
 Dr. Tullio Carvalho Médico CRM 8354	

Data: 22, 02, 16

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Pessoa João Anacleto</u>		Data da Admissão: <u>12/1</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
OPD: <u>Ex. Hosp. E.</u>			
HDA: <u>Paciente admitido para avaliação de modo com histórico clínico e psiquiátrico. Necessita acompanhamento clínico e psicológico.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Ictericas ☐ Hematomas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaleia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposuio ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:40:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710401769400000033636160>

Número do documento: 20100710401769400000033636160

Num. 35200005 - Pág. 19

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma

[] Neo

[] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS

DM

TB

NEO

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

mmHg

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

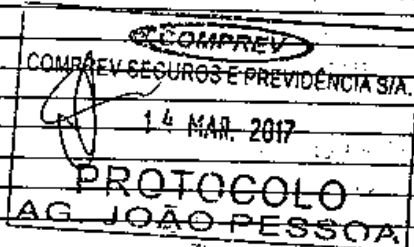
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____



Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fx. hemo. G. G.

Conduta: _____

Fx. hemo. E.

Internar





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Rosaury A. Marques Jordana		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	40	SEXO	F	COR	Y
DATA DE ADMISSÃO		12/02/16		DATA DE ALTA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		Fratura de osso do pé (E)			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		Quena			
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES		Rx de osso			
PROCEDIMENTO REALIZADO: Aplicação de aparelho gessado					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO					
RESULTADO BACTERIOLÓGICO					
CONDIÇÃO DE ALTA ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ APERDIDO ☐ CURADO ☐ OUTRO					



RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMBINAÇÃO
Do osso do pé direito do osso do pé direito Quena do osso do pé direito Do osso do pé direito Delegado de saúde do osso do pé direito	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lava-se com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.
---------	---

DATA	22/07/16	ASS. MÉDICO / CRM	Túlio Carvalho
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



DOCUMENTO 6 "T846"



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.034.929 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2016

NOME ROSANGELA ARAÚJO MARQUES FERREIRA

FILIAÇÃO CARNAIDO MARQUES DA SILVA
MARIA DO SOCORRO DE ARAÚJO DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM CASAM N. 9378 FLS. 178 LIV. B-40
CARTÓRIO 2º DIST J PESSOA PB

CPF 031.476.314-78

DATA DE NASCIMENTO 14/03/1976

B +

JOÃO PESSOA - PB

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

NÃO ALFABETIZADO

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

R-917



[illegible]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.034.929 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 25/04/2016

NOME ROSANGELA ARAÚJO MARQUES PEFEIRA

FILIAÇÃO ARAÚJO MARQUES DA SILVA

MARIA DO SOCORRO DE ARAÚJO DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOIS ORIGEM CASAM N. 9378 FLS. 178 LIV. B-40.

CARTÓRIO 2.º DIST J PESSOA PB

031.476.314-98

DATA DE NASCIMENTO 14/03/1976

B +

031.476.314-98

REGISTRO GERAL 2.034.929 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 25/04/2016

NOME ROSANGELA ARAÚJO MARQUES PEFEIRA

FILIAÇÃO ARAÚJO MARQUES DA SILVA

MARIA DO SOCORRO DE ARAÚJO DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOIS ORIGEM CASAM N. 9378 FLS. 178 LIV. B-40.

CARTÓRIO 2.º DIST J PESSOA PB

031.476.314-98

DATA DE NASCIMENTO 14/03/1976

B +

031.476.314-98

REGISTRO GERAL 2.034.929 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 25/04/2016

NOME ROSANGELA ARAÚJO MARQUES PEFEIRA

FILIAÇÃO ARAÚJO MARQUES DA SILVA

MARIA DO SOCORRO DE ARAÚJO DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOIS ORIGEM CASAM N. 9378 FLS. 178 LIV. B-40.

CARTÓRIO 2.º DIST J PESSOA PB

031.476.314-98

DATA DE NASCIMENTO 14/03/1976

B +

031.476.314-98

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

V-02

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DO TRABALHO

R-917

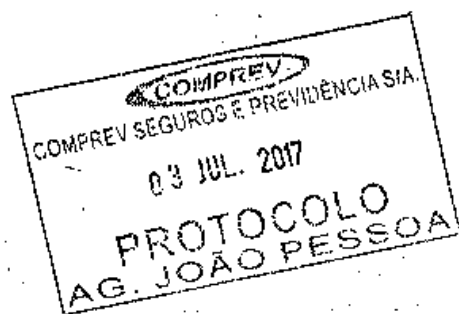
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

7200-5435-0134

NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE





Decarlinto

Serviço Notarial - 10º Ofício de Notas

João Pessoa - Estado da Paraíba
Sérgio Albuquerque
Tabelião

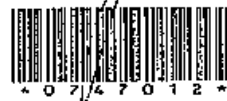


DOCUMENTO 4 "T4%"



LIVRO: 0747

FOLHA: 012



PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 10 (dez) dias do mês de fevereiro do ano de 2017 (dois mil e dezessete), neste **DECARLINTO - SERVIÇO NOTARIAL**, situado na Av. Fernando Luis Henrique, 75 - Bessa - João Pessoa - PB, foi lavrado o presente Instrumento de Procuração Pública em que, perante mim, **SÉRGIO ALBUQUERQUE - Titular**, compareceu(ram) como OUTORGANTE(S) **ROSANGELA ARAUJO MARQUES PEREIRA**, brasileira, casada, diarista, portadora do Documento de Identidade nº 2.034.929-2ª via-SSDS/PB, inscrita no CPF/MF nº 031.476.314-78, residente e domiciliada na Rua Ailton Cesario, 115, Mandacaru, nesta cidade de João Pessoa-PB. Deixa a Outorgante, às margens deste instrumento, suas digitais de seu polegar direito, por não saber ler nem escrever, assinando a seu rogo **MARCIA CESAR DUARTE**, brasileira, divorciada, tanatopraxista, portadora do Documento de Identidade nº 033817057-IPP/RJ, inscrita no CPF/MF nº 024.415.817-75, residente e domiciliada na Rua Elisio Jorge de Brito, nº 148, Ap 101 Bairro Jardim Oceania, Joao Pessoa-PB CEP 58036-685; identificada(s) como o(s) próprio(s) por mim Notário(a), à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim, por ele(s) me foi dito que constituía(m) e nomeava(m) seu(s) bastante(s) procurador(es): **JOSE EDUARDO DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 12578, inscrito no CPF/MF nº 455.536.024-91 e a **Dra. ALEXANDRA CESAR DUARTE DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 14.438 inscrita no CPF sob nº 046.502.754-74, com escritório na Avenida Maria Rosa, nº 58, Manaíra, nesta cidade; a quem concede os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral com os da Clausula AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo em conjunto ou isoladamente, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos e acompanhando até Superior Instâncias, conferindo ainda, poderes especiais para confessar, depor, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, pedir e ter vista de processos, apresentar razões de defesas, recursos e pedidos de reconsideração, solicitar juntada e desentranhamento de documentos, apresentar e retirar documentos, assinar, requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, receber e assinar citações, intimações e notificações, pagar taxas e impostos, defender os interesses da mencionada Outorgante; em qualquer ação em que seja réu, autora, assistente, oponente ou de qualquer forma interessada, variar de ações, nomear advogados em especial de representá-la junto a qualquer seguradora conveniada com DPVAT, onde poderá receber, requer e assinar todos os documentos que se fizerem necessários para o recebimento do DPVAT (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais de Veículos, AUTOREGRESSO PREVIDÊNCIA S/A - este) podendo para tanto, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instância, conferindo ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, apresentar e retirar documentos, assinar e requerer tudo que for necessário interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, pagar taxas, guias e impostos, especialmente para autorização de pagamentos e fornecimento de dados para crédito de indenização de sinistro, DPVAT, na forma de pagamento, contra recibo (ordem de pagamento) junto a qualquer agência do Banco do Brasil S/A e finalmente usar de tudo mais que se

Rua Fernando Luis Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceania
João Pessoa/PB - CEP: 58.037-050

Fone: 55 (83) 3218.8800 - Fax: 55 (83) 3218.8807 - www.decarlinto.com.br

decarlinto



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:40:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710401769400000033636160>

Número do documento: 20100710401769400000033636160

Num. 35200005 - Pág. 24

