



Número: **0800467-28.2016.8.15.0151**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Conceição**

Última distribuição : **15/12/2016**

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	
CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36340150	06/11/2020 10:45	<a href="#">2762728_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8544873

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661  
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA  
Data Acidente: 17/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01367/01368 - carta\_03



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8702379

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661  
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA  
Data Acidente: 17/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01363/01364 - carta\_03





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9576734

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661 ASL-0061150/16  
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA  
Data Acidente: 17/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

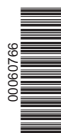
**ATENÇÃO:**

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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 0153101532 - carta\_02



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2016

Carta nº: 9659810

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661 ASL-0061150/16  
Vitima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA  
Data Acidente: 17/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005783-5

Conta: 000002086-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01521/01522 - carta\_15R



00030761





Seguradora Líder - DPVAT

DOCUMENTO 1 "T14"



ÇÃO 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, CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.797.340EXPEDIDO POR SSD3/PBEM 30/09/09 ECPF 099238314-60 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 ( \*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA. 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. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- 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 Lotéticas 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, sendo necessário o comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site [www.receita.fazenda.gov.br](http://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.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando 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 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5783 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0002086-9

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

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

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.

ITAPORANGA, 21 de JANEIRO de 2016, claudiana de fonte Guabiraba

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

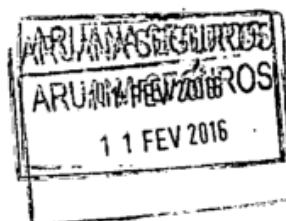
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610454361200000034695287>

Número do documento: 20110610454361200000034695287



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05783-5

CONTA: 000000002086-9

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0209201605000000000023705783000000002086168750 PAGO







**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP  
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 017 /2016

Natureza da ocorrência: Acidente de Transito

Data do fato: 17 / Dezembro / 2015

HORAS: 9:30min

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante / Vitima:

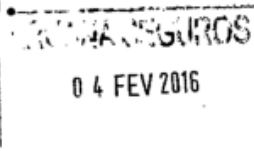
CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA, natural de Conceição/PB, Solteira, Agricultora, nascida no dia 13.09.1990, filha de José Guabiraba Moreira e Maria José de F. Moreira, RG 3.797.340/PB e CPF Nº 099.238.314-50, residente no Sítio Poço do Cachorro s/, área rural ' de Santana de Mangueira/PB.

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residencia, sentido de Santana de Mangueira/PB, pilotando a moto HONDA/NXR150 BROS ES, cor' Vermelha, ano mod. 2012, placa OFD5067/PB e chassi 9C2KDO550CR017437 em nome de JOSELIA DE FONTE GUABIRABA e ap passar pelo Sítio Picos ' Municipio de Santana de Mangueira/PB, em uma curva a condutora perdeu o controle da moto, caindo ambas do solo, sendo a notificante socorrida por familiares para o Hospital de Itaporanga/PB e em seguida removida para o Hospital Regional de Patos/PB. Em tempo: A notificante ' viajava no carona da mencionada motocicleta, conduzida por sua irmã - Josélia de Fonte Guabiraba(proprietária da moto).

DOCUMENTO 1 71%

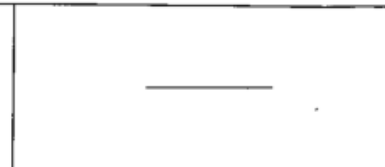


Itaporanga, 09 / Jan /2016.

x Claudiana de Fonte Guabiraba

Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues  
Escritão de Polícia Civil  
Matrícula: 60.265-5



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Claudiana de F. Gualiriba, portador da carteira de identidade nº 3.797.340 e inscrito no CPF/MF sob o nº 099.238.314-50, residente e domiciliado na Sítio Lago do Cachorro, S/N, área rural, Cidade Montana de Mangueira 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.

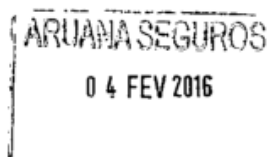
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 "T26"



X Claudiana de F. Gualiriba

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Itaperanga/PB, 21/01/2016

Local e data





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Hospital Distrital de Itaporanga  
PARA: Hospital Regional de Peps  
ENCAMINHO: Clonidine de forja Guatimorda IDADE: 23a SEXO: F  
RESIDENTE: Lício Reis de Lacerda  
MUNICÍPIO: Garça de Marquês UF: PB  
PA \_\_\_\_\_ MM/HG \_\_\_\_\_ TEMP \_\_\_\_\_ °C PESO \_\_\_\_\_ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Paciente relata dor no ombro esquerdo,  
cervical, nos quadris e joelhos, especialmente nos  
trabalhos (relata dor no pescoço e no pescoço).  
Nega outros sintomas e perda de consciência.  
Exame: FFB, apical, captação, exame, corado, chadofol  
Ex. AP: normal Ex. Lateral: normal  
Radiografia Cervical C1 = normal  
Radiografia Ombro E. AP = Fratura clavícula E.  
Radiografia Mão E. - Telha E. AP/P = Normais  
H2 = Fratura clavícula E.  
Chim. S.R.L. 500 ml E. (1) Telha 400 mg + AP EV;  
D. Insuficiência do Ombro E. (1) 500 mg + AP EV;  
Do TRAUMATOLOGIA

17/12/2015 HORA: 09:50

Dr. Taciano Diniz  
Médico  
CRM-PB 8156

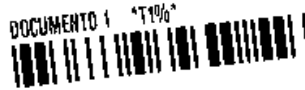
ARUANA SEGUROS

Av. Osvaldo Cruz, 183 - Centro - CNPJ: 08.778.268/0018-09 - Fone: (83) 3451-2297 Fax: (83) 3451-3058  
CEP: 58.780-000 - Itaporanga-PB



**LEANDRO ALVES DE CARVALHO PINTO**

**CRM-PB 8908**



**LAUDO MÉDICO SOBRE AVALIAÇÃO DE PACIENTE APÓS ACIDENTE DE TRANSITO.**

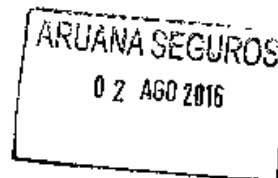
A PACIENTE CLAUDIANA DA FONTE GUABIRABA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 17/12/2015.

A MESMA FOI REMOVIDA AO HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA, ONDE FOI AVALIADA E EXAMINADA, ONDE FOI DIAGNOSTICADA UMA FRATURA EM CLAVÍCULA ESQUERDA.

FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DE PATOS, ONDE FOI ATENDIDA PELO SERVIÇO DE ORTOPEDIA, E FOI REALIZADO TRATAMENTO INCRUENTO, COM IMOBILIZAÇÃO EM 8 POR 45 DIAS.

NO MOMENTO APRESENTA DEFORMIDADE LEVE EM CLAVICULA ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO E REFERE DOR NO MESMO. REFERE TAMBÉM DOR EM JOELHO ESQUERDO E REFERE INSTABILIDADE DO MESMO.

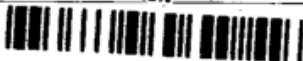
ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA A PARTIR DESTA DATA.



**LEANDRO PINTO**  
**CRM-PB 8908**

20/10/2016





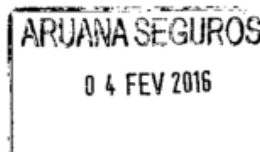
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Claudiana de Fante GuabirabaRG nº 3.797.340, data de expedição 30/09/09, Órgão SSDS/PB,

CPF nº 099.238.314-50, 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>Estio Lago do Cachorro</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Área rural</u>
Cidade	<u>Santana de Mangueira</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58.985-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520/996978811</u>
E-mail	<u>edilsondpvatpb@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaperanga, 21/01/2016.Assinatura do Declarante: Claudiana de Fante Guabiraba

GABRIEL MEDEIROS DE LIMA  
SIT POÇO DO CACHORRO, S/N - ÁREA RURAL  
SANTANA DE MANQUERA/PB CEP. 58195000 (AG: 181)

Classe/Subclasse: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICA  
Receber: 8 - 194 - 557 - 1040  
NP medidor: 00000487387  
Referência: Dez / 2015  
Emissão: 11/12/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080  
CNPJ 09.026.110/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº 000 423 678  
Código para Dúvidas Automáticas: 00010731719

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

73x8 deB 5115 54dB e40e e2c0 1725 0089.

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1073171-9**  
Canal de contato

Dez / 2015

Apresentação

11/12/2015

Data prevista da próxima leitura

12/01/2016

CPF/ CNPJ/ RANI  
918850415

#### Faturas em atraso

18/09/2015	45,18
19/05/2015	14,00

Anterior		Atual		Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		
12/11/15	4095	11/12/15	4125	30	29

#### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade	30	0,29272	8,78
Adic. B. Vermelha			1,35
Subsídio			3,78
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (ISENTO)			
PIS			0,23
COFINS			1,05
JUROS DE MORA 11/2015			0,04
MULTA 11/2015			0,21
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS			
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2015			0,02
Devolução do Subsídio			-3,78

#### Histórico de Consumo (kWh)

Nov/15	30
Out/15	88
Set/15	81
Ago/15	58
Jul/15	47
Jun/15	110
Mai/15	41
Abr/15	0
Mar/15	118
Fev/15	225
Jan/15	104
Dez/14	30

Média dos últimos meses  
74 kWh

#### Indicadores de Qualidade 2015 - Anual

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	12,30	0,00	NOMINAL
DIG TRIMESTRAL	25,52		
DIG ANUAL	51,05		
FC MENSAL	9,00	0,00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	15,94		
FC ANUAL	31,88		
CMSC	8,99	0,00	LIMITE SUPERIOR
DIGR	16,80		

#### VENCIMENTO

18/12/2015

#### TOTAL A PAGAR

R\$ 11,73

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	4,84	23,08
Compra de Energia	7,42	47,08
Serviço de Transmissão	0,26	2,37
Encargos Setoriais	1,47	8,49
Impostos Diretos e Encargos	1,53	9,88
Outros Serviços	0,07	0,45
<b>Total</b>	<b>15,49</b>	<b>100,00</b>

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição (Def. 10/2015) R\$ 10,26

#### ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, já reavizados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
- Subvenção DEC 7 89/113 R\$ 3,78  
- Cliente não permitiu o acesso a medição  
- Faturamento preliminar da fatura - Art. 87 da Res. 414 - ANEEL  
- Item ICMS

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160088661 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA **Data do acidente:** 17/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/02/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Não definido

**Resultados terapêuticos:** Não definido

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

**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 %	\$0.00

### PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

**CRM do médico:** 52-90632-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



DOCUMENTO

1

T196



<b>EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS</b> RUA MARCEL PEREIRA CARA 58 - CENTRO ITAPOARANHA / PB CEP: 58750008 (AO: 1541)		<b>Energisa</b> ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680 CNPJ 09 096 183/0001-40. INSC EST 16015 823-0 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 463 058 Código para Débito Automático: 00000278134	
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Roteiro: 7 - 154 - 25 - 2780 Nº medidor: 00008205001		Referência: Jan / 2016 Emissão: 13/01/2016	
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br			
RESERVADO AO FISCO 80d3 08a3 54ae 0609 752e b37c 0b80 5258			
Conta referente a	UC (Unidade Consumidora): 6/27663-4		
Jan / 2016	Canal de contato Não deixar água parada - Todos contra a dengue, zika e chikungunya		
Apresentação			
13/01/2016			
Data prevista da próxima leitura			
12/02/2016			
CPF / CNPJ / RANI	Cálculo de consumo		
3974708429			
Faturas em atraso	Anterior Atual Constante Consumo Dias		
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 09/01/2016 PAGAS OBRIGADOR	Data - Leitura - Data - Leitura - Consumo - Dias		
	14/12/15 9185 13/01/16 8260 65 30		
	Consumo em kWh		
	Ass: B. Vermeiro		
	DEPOSTOS E ENCARGOS		
	Demonstrativo		
	Descrição - Quantidade - Preço - Valor (R\$)		
	Consumo em kWh 85 0,41817 27,18		
	Ass: B. Vermeiro 2,92		

**ARUANA SEGUROS**  
04 FEV 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610454361200000034695287>

Número do documento: 20110610454361200000034695287

Num. 36340150 - Pág. 15



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160088661 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA **Data do acidente:** 17/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 24/08/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Trauma em ombro esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



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

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

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

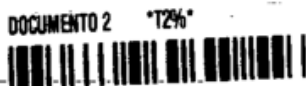
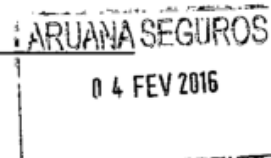
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos, portador(a) do RG nº 5.652.161, expedido por SSPIPE, em 30/04/96, CPF/CNPJ nº 039.247.064-09, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Claudiana de Fozte Gualiraba do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Claudiana de Fozte Gualiraba, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ 880,00

Documentos comprobatórios: RG e CPF

Edilson Rodrigues dos Santos  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160088661 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA **Data do acidente:** 17/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NA PROJEÇÃO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. REDUÇÃO MODERADA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. RESTRIÇÃO COM SOBRECARGAS.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA À TRATAMENTO CONSERVADOR ( IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS). RECEBEU ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/08/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** APRESENTOU FICHA DE ENCAMINHAMENTO EMITIDO NO HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ GOMES DA SILVA (ITAPORANGA-PB), DATADO DE 17/12/2015, POR CRM PB 8156, DESCREVENDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, BEM COMO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO (PATOS-PB), EMITIDO NA MESMA DATA.

**Médico examinador:** Rosana Bezerra Duarte de Paiva

**CRM do médico:** 4183

**UF do CRM do médico:** PB

### 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

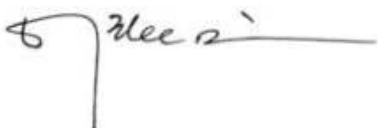
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josélia de Fonte Gualiraba  
RG nº 3.687.643, data da expedição 01/08/2008, Órgão  
\_\_\_\_\_, portador do CPF nº 091.252.694-70 com domicílio na cidade  
de Santana de Mangueira no Estado de Paraíba, onde resido na  
(Rua/Avenida/Estrada) Sítio Lago do Cachorro, nº S/N,  
complemento área rural declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Claudiane de Fonte Gualiraba, cujo o  
condutor era Josélia de Fonte Gualiraba.

Veículo: moto

Modelo: Honda/NXR 150 Bros ES

Ano: 2012

Placa: OFD 50 671 PB

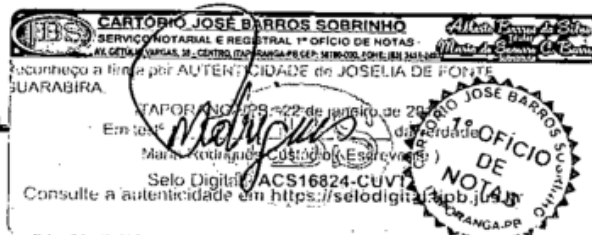
Chassi: 9C2K D055DCR017437

Data do Acidente: 17/12/2015.

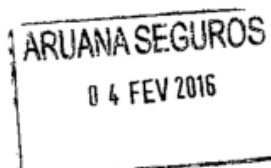
Local e Data: Itaporanga/PB, 22/01/2016.

X Josélia de Fonte Gualiraba

Assinatura do Declarante



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



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA** Sinistro: **3160088661** Data: **17/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO PACO DO CACHORRO, SN - ZONA RURAL - Santana de Mangueira - PB - CEP 58985-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS / PB** ] **3797340**

Data local do exame: [ **31/08/2016** ] **Pombal** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NA PROJEÇÃO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. REDUÇÃO MODERADA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. RESTRIÇÃO COM SOBRECARGAS.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**VÍTIMA SUBMETIDA À TRATAMENTO CONSERVADOR ( IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS). RECEBEU ALTA MÉDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do ombro esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):  
**Ombro esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**APRESENTOU FICHA DE ENCAMINHAMENTO EMITIDO NO HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ GOMES DA SILVA (ITAPORANGA-PB), DATADO DE 17/12/2015, POR CRM PB 8156, DESCREVENDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, BEM COMO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO (PATOS-PB), EMITIDO NA MESMA DATA.**

  
CRM: 4183 - PB

Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB

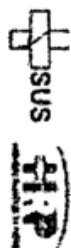


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610454361200000034695287

Número do documento: 20110610454361200000034695287

Num. 36340150 - Pág. 20



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2805473 CNPJ: 08.778.268/00376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JARDIMY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Mae: MARIA JOSE DE FONTE MOREIRA

Nascimento: 13/9/1990 Idade: 25 Cor: PARDA

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: SÍTIO POÇO CACHORRO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SANTANA DE MANGUEIRA - PB - 58985-000 - 2513505

CNS: 704-6031-8340-7421

Reg. Nasc.: 3797340 SSP PB

Recepção: Maria do Carmo

Data / Hora: 17/12/2015 13:25:30

Ficha Número: 106742

Num: 57176

Temp: 57176

Peso: 57176

PA: 57176

TEMP: 57176

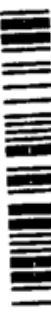
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

ul vel h 1 s m 35  
de h 1 s m 25 + 100  
e h 1 s m 10 + 100

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

DOCUMENTO 5 - 15%



MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Material em uso  
2. Dispositivo em uso

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITO

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

OBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0303090100
2.	
3.	

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carimbo

Médico / Pm / Cns

MIGUEL ARCANJO NUNES RODRIGUES - 3750 - 170-6/46-2203-0005

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direito

Ass. REVISOR TÉCNICO - Carimbo

Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

**ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

DATA: 17/12/15 HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_h

**1. USUÁRIO:**

Cláudia de Anta Guababa

**2. QUEIXA PRINCIPAL:**

Encomendado a Patos Regional de HRP

**3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:**

Há 12

**4. ALERGIAS:**

( ) SIM

(x) NÃO

**5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA:**

( ) SIM

(x) NÃO

**6. DOENÇA PREEXISTENTE:**

( ) SIM

(x) NÃO

**DADOS VITAIS**

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO <sub>2</sub>	PA	HGT
°C	bpm	irpm	%	x mmHg	mg/Dl



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

VERMELHO	AMARELO	VERDE (1)	VERDE (2)	ARUANA SEGUROS
Sem acompanhante * Setor Crítico **	1 acompanhante	Sem acompanhante * Sem visita	1 acompanhante	4 FEV 2016 AZUL Agendamento em UBS

**ENFERMEIRO/CARIMBO**

*[Assinatura]*

\* Só é permitida a entrada se o paciente estiver internado e for menor de 18 anos de idade, desta forma, está assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).  
\*\* Setor com alta demanda de procedimentos invasivos onde são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança do usuário quanto ao controle de infecção. Área crítica, que requer controle de fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito.





Rx04 / Rx05 / Rx06 / Rx07



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS)

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

CÓDIGO DA UNIDADE: 2241204

CNTU: 08.778.268.0019-09

ENDEREÇO: AV. OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO

BAIRRO: CENTRO

CEP: 58.780-000

MUNICÍPIO: ITAPORANGA

ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

PACIENTE

NOME: *Cláudia de Fátima Cavalcanti*

IDADE: *25a*

PROFISSÃO:

DOCUMENTO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

UF:

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:

CNS:

DATA DO NASCIMENTO: *1/1*

DATA DO ATENDIMENTO: *28/2/16*

CARACTER DO ATENDIMENTO:

RAC/COR:

SEXO: *F*

DADOS CLÍNICOS:

*Poli Irmão Jorge*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

*Histografia Cervical*

*Histografia Cervical*

*Histografia Cervical*

*Histografia Cervical*

CID:

PROFISSIONAL:

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE:

OU POLEGAR DIREITO:

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO:

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO:

ARUANA SEGUROS  
04 FEV 2016





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 13.797.340 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/2009

NOME CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

FILIAÇÃO JOSÉ GUABIRABA MOREIRA  
MARIA JOSÉ DE FONTE MOREIRA

NATURALIDADE CONCEIÇÃO-PB DATA DE NASCIMENTO 13/09/1990

DOC. ORIGEM NASC. N.º 695.775-109 LIV. A-08

CARTÓRIO MANAIRA-PB

CPF 099.238.314-50

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P.83

POLEGAR DIREITA

POLEGAR ESQUERDA

ASSINATURA DO TITULAR

CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

099.238.314-50

CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

13/09/1990

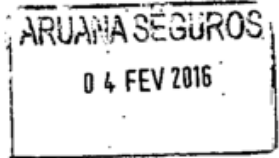
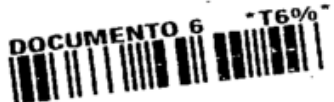
REALSERICARD

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

DEZ/2008

CORREIOS

www.correios.com.br



## DOCUMENTO 3 "T3%"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
	NOME	EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF	5652161 SSP - PE
	CPF	039.247.064-09
	DATA NASCIMENTO	13/04/1978
	PLACAO	ADRIANO DOS SANTOS
	OUTRO RODRIGUES DA SILVA	
	PERMISSÃO	ACC CAT. FOR. AB
	Nº REGISTRO	04119219971
	VALIDADE	21/05/2017
	VALIDADE	14/06/2007
OBSERVAÇÕES		
sem observações		
ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL	DATA EMISSÃO	
SEBRA VALNADA - PE	18/01/2013	
64716449137		
PE051555816		
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		

ARUANA SEGUROS  
04 FEV 2016



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETAN - PB		Nº 012235848796	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIN 1 004775789-3	COD RENAVAM 2015210004709	EXERCICIO 2015	
JOSELIA DE FONTE GUBIRABA		NOME	
09125269470		PLACA	
PLACA ANTIGA	NOVO	CHASSI	
PB	9C2KD0550CR017437	VERIFICAR	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL	
HONDA/INX150 BROS ES		ALCO/GASOL	
2 P/149 /CI		VERMELHA	
IPVA PAGO EM 13/10/2015		2º	
14/09/2015		14/09/2015	
SEM RESERVA DE DOMINIO		SEM RESERVA DE DOMINIO	
14001		27/10/2015	
31054			

Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículo em Trânsito sobre as Ruas Públicas e Privadas, de Danos ao Patrimônio do Segurado e de Responsabilidade Civil do Segurado em Trânsito. Este seguro é obrigatório em todo o território nacional e não gera isenção de qualquer responsabilidade do segurado.

PB Nº 012235848798 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodoitransito.com.br](http://www.dpvatsegurodoitransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1206

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 27/10/2015

1 09125269470 CPF / CNPJ PLACA OFD5067/PB

RENAVAM 00477578993 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB 2012 CL VEC 9 AN CHASS 9C2KDD0550CRO17437

PRÊMIO TARIFARIO

FMS (R\$) \*\*\*\*\* DENATIM (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

ICF (R\$) SEGURO TOTAL A SEU RISCO SEGURO DE PAGAMENTO

SOTA ÚNICA PROVAVENTO PARCELADO DATA DE QUOTAÇÃO 14/09/2015

SEGRADORA LIDER - DPVAT

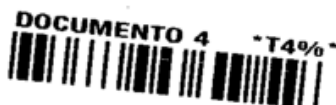
CNPJ 00.240.600/0001-04  
[www.segurtadotransito.com.br](http://www.segurtadotransito.com.br)

31054-1211428-20151027

AGO-2015

04 FEB 2016





# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

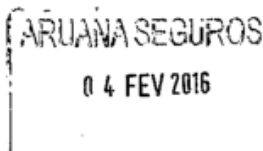
Nome: Claudiana de Fonte Guabiraba  
Nacionalidade: Brasileira Estado civil: Solteira  
Profissão: Agricultora  
Identidade: 3.797.340 CPF: 099.238.314-50  
Endereço: Sítio Lago do Cachorro, S/N, Santana de Mangueira/PB.

## OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: Casado  
Profissão: Autônomo  
Identidade: 5.652.161 CPF: 039.247.064-09  
Endereço: R. Manoel Pereira Caiana, 58, Itaporanga/PB.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Itaporanga/PB, 22/ Janeiro / 2016.  
LOCAL E DATA:



X Claudiana de Fonte Guabiraba  
ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

