
Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190327930

Vítima: ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

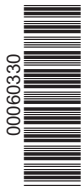
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190327930

Vítima: ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **093.564.654-01** Nome completo da vítima: **ANA CAROLINE MARINHO DE ARAÚJO**

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

Nome completo: **ANA CAROLINE MARINHO DE ARAÚJO** CPF: **093.564.654-01**

Profissão: **AGRICULTORA** Endereço: **SÍTIO RODEADOR** Número: **43** Complemento: **-**

Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SALGADO DE SÃO FELIX** Estado: **PB** CEP: **58370-000**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(63) 998692147**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **DO BRASIL**

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2563** **1** CONTA: **10711** **6**

(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 resultado.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem a condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Rio de Janeiro 29/05/2019**

Nome: **Ana Caroline Marinho de Araújo**

CPF: **093.564.654-01**

(*) Assinatura de quem assina a RT

X Ana Caroline Marinho de Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Prejuízo (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a apresentar a presente formulário assinado, antes do preenchimento e assinatura.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

3ª Nome: _____ CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

3ª Nome: _____

CPF: _____





CERTIDÃO DE Ocorrência Policial N°093/2018

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2018, encontramos a ocorrência de nº 093/2018, que passamos a transcrever na íntegra: Aos Trinta e um (31) dias do mês de julho do ano de 2018 (dois mil e dezoito), nesta cidade de Salgado de São Félix, Estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente Ricardo Rolim Ramalho, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente ao final assinado e declarado, aí, por volta das 11h00min, compareceu **ANA CAROLINE MARINHO DE ARAÚJO**, brasileira, solteira, natural de Itabaiana/PB, com 26 anos de idade, nascida aos 17.12.1991, ensino médio incompleto, filha de Bento Eufrazio de Araújo e de Ladjane Marinho de Araújo, Agricultora, RG: 3.639.495 – 2ª via SSDS/PB, CPF: 093.564.654-01, residente n Sítio Rodeador, s/nº, zona rural de Salgado de São Félix/PB, a qual passou a **NOTICIAR**:

Que no dia 10.11.2017, por volta das 22h50min, seguia nas imediações da Barragem Acauã-Mirim, área central desta cidade, conduzindo uma motocicleta marca/modelo HONDA POP 110, ANO/MOD 2015/2016, PLACA QFK-2709/PB, DE COR VERMELHA, CHASSI 9C2JB0100GR101033, de propriedade da noticiante, quando afirma que um veículo não identificado, surgiu na contramão da via de tráfego, vindo a colidir frontalmente com a moto da noticiante; Que decorrente do referido sinistro, a noticiante veio a sofrer diversos ferimentos, apresentando quadro de dor em membro inferior esquerdo – CID 10 M 79 6, conforme Laudo Médico apresentado nesta DEPOL; Que após o acidente, a noticiante foi socorrida para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa/PB, onde passou por tratamento médico; Que decorrente de tal acidente automobilístico, a noticiante afirma ter ficado impossibilitada de exercer suas atividades habituais por um período de aproximadamente 06 (seis) meses.

Era o que continha a dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Salgado de São Félix/PB, aos trinta e um dias do mês de julho de 2018 (Dois Mil e Dezoito), eu policial civil que digitei, assino.

Ana Caroline Marinho de Araújo
ANA CAROLINE MARINHO DE ARAÚJO
Noticiante

João Carlos C. Ferraz de Castro
JOÃO CARLOS C. FERRAZ DE CASTRO
Comissário de Polícia Civil
Mat. 168.562-7





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1040741

PACIENTE: ANA CAROLINE MARINHO DE ARAÚJO

DATA DE NASCIMENTO: 17.12.91

Data e Hora do Atendimento: 10.11.17

Horário: 22:53h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor no membro inferior esquerdo. Atendido pelo Dr. Emerson Medeiros CRM 4827, Dr. Jacques Paiva Cavalcanti CRM 7625, Dr. Arão Santos de Alencar CRM 7967.

DIAGNÓSTICO INICIAL: DOR EM MEMBRO CID 10 M 79 6

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia geral, Rx do joelho esquerdo AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil sutura do ferimento e tratamento clínico conservador.

ALTA HOSPITALAR: 11.11.17 às 4:15h

Data da Emissão: 26.04.18

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1040741



Identificação do paciente

ID 1229121	Nome ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO	Sexo Feminino
Data de nascimento 17/12/1991	Idade 25 anos 10 meses 24 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe LADJANE MARINHO DE ARAUJO	Pai BENTO EUFRAZIO DE ARAUJO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALINE MARINHO DE ARAUJO - SOBRINHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991891971	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3639495	Nº Cns 708208193361049
Local de procedência ITABAIANA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade ITABAIANA	CBO/R

Endereço

CEP 58370000	Município de residência SALGADO DE SAO FELIX	UF PB	Logradouro RODEADOR
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 10/11/2017 22:53:41	Número da pulseira 1000006289477	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Acidente de trânsito no Senador Humberto Lucena, vítima de acidente de moto caindo sobre o asfalto. Diagnóstico THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA Tempo 01min 59seg						

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 MAIO 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

LADJANE MARINHO DE ARAUJO
SIT RODEADOR, 43 - AREA RURAL
SALGADO DE SAO FELIX / PB CEP: 58370000 (AG: 113)



Ligação MONOFÁSICO
Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 2 - 115 - 571 - 2180 Referência Abr / 2019
Medidor 00000554559 Emissão 04/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09 095 193 / 0001-40 Insc Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 022.794.813
Cód. para Déb. Automático: 00002543488

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a:

Abr / 2019

Apresentação:

04/04/2019

Data prevista de próxima leitura:

06/05/2019

CNPJ/CPF/CPF:

541.725.434-72

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/254348-6

Canal de contato:

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.037 de 29 de
informamos a quitação dos débitos referi-
ramentos regulares de energia elétrica
consumidora vencidos no ano de 2017 e
anteriores. Esta declaração substitui, para a
do cumprimento das obrigações de consi-
tações dos faturamentos mensais dos de-
a que se refere, e dos anos anteriores.
Já conhece os nossos perfis nas redes so-
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e
acompanhar as nossas novidades, como
segurança, orientações sobre serviços, in-
investimentos, oportunidades de trabalho e

TERM 00000495 AGENTE 700248 AUTE
COBAN: 053474 LOJA: 0001 PDV: 000
09/05/2019 BANCO DO BRASIL 08:4
256347481 CORRESPONDENTE BANCARIO 000
COMPROVANTE PAGAMENTOS COM COD. BARRA

CONVENIO: ENERGISA PARAIBA

83670000001 41090054000 02543482019

04600115019

NR. DOCUMENTO

leitura assos op

'seus contos

10.495

82.867-X

09/05/2019

141,09

Data	Leitura	Data
08/03/18	22286	04/04/19

CCI	Descrição	Quantidade
0601	Consumo em kWh	151,0
0607	CONTRIBILUM PUBLICA	LANÇAMENTOS
0604	JUROS DE MORA 02/2019	
0805	MULTA 02/2019	

COMPRESSO
COMPRESSO

27 JUN. 2019

PROTOCOLADO
AG JOAO PESSOA

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL
Tarifa e Tributos	0.571770	141,09

Média últimos meses (kWh)

180

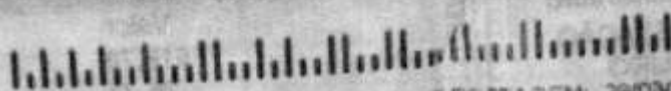
VENCIMENTO

11/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,09

Histórico de Consumo (kWh)



CTC RECIFE PE PL8

DATA DE POSTAGEM: 28/03/2019

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA
R FLAVIO RIBEIRO, 49
CENTRO
58356-000 GURINHEM PB



7211307021333143205821803830280319

27 JUN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner

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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GABRIELA C. ALVES PESSOA inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.456.694 / 39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANA CAROLINE M DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.564.654 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA CAROLINE M DE ARAUJO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.564.654 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. Flávio Ribeiro</u>		Número	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Guinhém</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>gabrielapessoa.ado@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

S. PESSOA, 16 de MAIO de 2019
Local e Data

Gabriela Carlos A. Pessoa
Assinatura do Declarante

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Isbelilla Chous Alvo Pinna Novato inscrito (a) no CPF sob o Nº 090456694 / 39 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Caroline Marinho de Azeite inscrito (a) no CPF sob o Nº 093564654 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Ana Caroline Marinho Azeite inscrito (a) no CPF sob o Nº 093564654 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. Flávio Ribeiro</u>		Número <u>49</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Antônio</u>	Cidade <u>Quinhém</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58356-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(83) 998692147</u>

Isbelilla Chous Alvo Pinna Novato 27 de junho de 2019
Local e Data

Isbelilla Chous Alvo Pinna Novato
Assinatura do Declarante



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO		BAE 1040741	Data/Hora Entrada 10/11/2017 22:53:41	Data Baixa 2017-11-11 04:15:06.0
Data de nascimento 17/12/1991	Idade 25	Sexo Feminino	CNS 708208193361049	Telefone de Contato (83) 991891971
Mãe LADJANE MARINHO DE ARAUJO		Prontuário		
Endereço RÓDEADOR, SN		Bairro ZONA RURAL	Município SALGADO DE SAO FELIX	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR	Nº Cons. Regional 7967/PB	
Data/Hora Classificação 10/11/2017 22:53:41		Data/Hora Prescrição 11/11/2017 04:15:09		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha		
Anamnese				
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM DOR EM JOELHO, JA SUTURADO PELA CIR GERAL APRESENTA DOR A MOBILIDADE RX JOELHO SEM FRATURA OU LUXAÇÃO CD; ALTA DA ORTOPEDIA				
Conduta				
Alta médica				
Alta Hospitalar				
Usuário ARAO SANTOS DE ALENCAR		Data e Hora 11/11/2017 04:15:06		
Motivo de Alta ALTA MEDICA		Observações		

ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

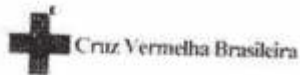
ARAO SANTOS DE ALENCAR
(CRM: 7967/PB)

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO		
Data de 17/12/1991	Nº Boleim Emergência 1040741	Prontuario
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE BACIA		
BX Arão S. de Alencar Ortopedista CRM-PA 10014045 1972-04-20		
11 de Novembro de 2017		

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher apenas se solicitado pelo médico e assinado pelo profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO	BAE 1040741	Data/Hora Entrada 10/11/2017 22:53:41	Data Baixa
Data de nascimento 17/12/1991	Idade 25	Sexo Feminino	CNS 708208193361049
Mãe LADJANE MARINHO DE ARAUJO			Telefone de Contato (83) 991891971
Endereço RODEADOR, SN	Beiró ZONA RURAL	Município SALGADO DE SAO FELIX	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR	UF PB
Data/Hora Classificação 10/11/2017 22:53:41		Data/Hora Prescrição 11/11/2017 03:48:05	Nº Cons. Regional 7967/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha
Anamnese PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM DOR EM JOELHO E QUADRIL ESQUERDO, JA SUTURADO PELA CIR GERAL APRESENTA DOR E A MOBILIDADE DO QUADRIL RX JOELHO SEM FRATURA OU LUXAÇÃO RX BACIA DE PESSIMA QUALIDADE. NAO CONSIGO AVALIAR O QUADRIL ACOMETIDO CD; REPETIR RX			
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE BACIA			
Conduta Em observação			

ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

10/11/2017 03:48:05
ARAO SANTOS DE ALENCAR
CRM: 7967/PB

ARAO SANTOS DE ALENCAR
(CRM: 7967/PB)

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO	1040741	10/11/2017 22:53:41	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
17/12/1991	25	708208193361049	(83) 991891971
Mãe	Sexo		Prontuário
LADJANE MARINHO DE ARAUJO	Feminino		
Endereço	Bairro	Município	UF
RODEADOR, SN	ZONA RURAL	SALGADO DE SAO FELIX	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JACQUES PAIVA CAVALCANTI	7625/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/11/2017 22:53:41		11/11/2017 00:51:28	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM FERIMENTO EXTENSO NO JELHO E NA PERNA E. ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM JOELH ESQUERDO CM DOR E FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO RX NAO APRESENTA FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A SALA DE SUTURA PARA SUTURA

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Em observação

ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

JACQUES PAIVA CAVALCANTI
(: 7625/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 10/11/2017 22:55:40

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO	1040741	10/11/2017 22:53:41	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
17/12/1991	25	Feminino	(83) 991891971
Mãe		CNS	Prontuário
LADJANE MARINHO DE ARAUJO		708208193361049	
Endereço	Bairro	Município	UF
RODEADOR, SN	ZONA RURAL	SALGADO DE SAO FELIX	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS	4827/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/11/2017 22:53:41		10/11/2017 23:02:03	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

vítima de trauma específico em membro inferior esquerdo, devido a acidente de moto, sem outras queixas, consciente, glasgow 15, eupneica, não refere dor abdominal. Cód: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL -> A ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

Dr. Emerson Medeiros
Ortopedista / Cir. Geral
CRM: 4827 / CBO: 360505E-10633


EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(: 4827/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 10/11/2017 22:55:40

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO		Prontuário
Data de 17/12/1991	Nº Boletim Emergência 1040741	
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL) (FRATURA EXPOSTA DE JOELHO E.) RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA (FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E.) RADIOGRAFIA DE BACIA (DOR NO QUADRIL E.)		
11/11/17 00:31 Gilmar ALCIONE		
Dr. Milton de Oliveira Lins CRM 47147 EOT 0115 Ortopedia Traumatologia		
		10 de Novembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
16 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CODIGO DE CONTROLE
8FB6.2EE3.5C72.5D80

A autenticidade deste comprovante deve ser
confirmada no Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 11/10/14 às 09:09:2015 (hora e data de emissão)
(ligar) (validar) 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
04/09/2015

REGISTRO 3.639.495 -2 VIA DATA DE EXPEDIENTE

NOME ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

ENDEREÇO BENTO EUFRAZIO DE ARAUJO
LADJANE MARINHO DE ARAUJO

NATURALIDADE ITABAIANA-PB

NASC: M. 10824 FLS. 175 LIV. A12
CARTORIO SALGADO S. FÉLIX/PB

093.564.654-01

17/12/1991

Assinado digitalmente por
Ana Caroline Marinho de Araujo
Marcos A. B. Leme Jr.
Chefe de Núcleo de Digitalização
20/08/13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

Ana Caroline Marinho de Araujo

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUIZES ELEITORAIS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

Numero 093.564.654-01

Nascimento 17/12/1991

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-063

Carreira de Identidade

ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

17/12/1991

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO 17/12/1991

Nº INSCRIÇÃO 0403 8178 1210

DATA DE EMISSÃO 01/08/2017

SALGADO DE SÃO FÉLIX/PB

JUIZ ELEITORAL

Assinado digitalmente por
Ana Caroline Marinho de Araujo
Marcos A. B. Leme Jr.
Chefe de Núcleo de Digitalização
20/08/13

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10993128

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS FINS LEGAIS
IDENTIDADE CIVIL (Art. 1º da Lei nº 8.529/94)



SECRETARIA DE PORTUGUÊS

Gabriella Chaves Alves Pessoa

18135

10993128

OAB

IDENTIFICAÇÃO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA

FILIAÇÃO
**HELANO ALVES PESSOA FILHO
ESTELITA NEGRONTE CHAVES ALVES**

NACIONALIDADE
BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO
27/04/1996

RG
3383781 - SSP/PB

CPF
000.438.894-20

DATA DE EXERCÍCIO
01/03/2013

DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO
NÃO

Helano Alves Pessoa

ASSINATURA DO ADVOGADO

VALIDADE

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11953156

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS FINS LEGAIS
IDENTIDADE CIVIL (Art. 1º da Lei nº 8.529/94)



SECRETARIA DE PORTUGUÊS

Caio Chaves Alves Pessoa

1865

11953156

OAB

IDENTIFICAÇÃO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
CAIO CHAVES ALVES PESSOA

FILIAÇÃO
**HELANO ALVES PESSOA FILHO
ESTELITA NEGRONTE CHAVES ALVES PESSOA**

NACIONALIDADE
BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO
04/11/1996

RG
2934693 - SSP/PB

CPF
067.908.184-52

DATA DE EXERCÍCIO
01/09/2014

DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO
NÃO DECLARADO

Caio Chaves Alves Pessoa

ASSINATURA DO ADVOGADO

VALIDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR ACIDENTES CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (O.D.P.) - POR ENCARGA A PRESSÃO
TRANSACÇÃO AUTOMÁTICA - SEGURO DPVAT

PB Nº 012235775006 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoctransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1206

EMISSÃO 2015 DATA DE VENCIMENTO 06/10/2015

1 09356465401 06/10/2015

01064679827 HONDA/POP 110I QFK2709/PB

2015 9 9C2JB0100GR101033

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO 09356465401 06/10/2015

01064679827 HONDA/POP 110I QFK2709/PB

2015 9 9C2JB0100GR101033

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO 09356465401 06/10/2015

01064679827 HONDA/POP 110I QFK2709/PB

2015 9 9C2JB0100GR101033

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO 09356465401 06/10/2015

01064679827 HONDA/POP 110I QFK2709/PB

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012235775006

97810626248

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20150300011760-8
1 0106467982-7 00/00000000

ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO
SIT RODEADOR 56
ZONA RURAL
58370000 SALGADO DE S. FELIX PB-P

09356465401 QFK2709/PB

MOTOMAR PECAS E ACESSORIOS LTDA

NOVO PB 9C2JB0100GR101033

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/POP 110I 2015 2016

2 P/109 /CI PARTIC VERMELHA

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : JB01E0G101033 0

SALGADO DE S. FELIX PB-P 06/10/2015

14303 2472

06/10/2015

2472

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRA
PROFISSAO: AGRICULTORA **Nº DO RG:** 3.639.985
ORGÃO EMISSOR: SSP PB **DATA DE EMISSÃO:** 04/09/2018
Nº CPF: 093.564.654-01 **ENDEREÇO:** SITIO RODEADOR
S/N, ZONA RURAL, SALGADO DE SÃO FELIX - PB

OUTORGADO: GABRIELLA CHAVES A PESSOA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** CASADA
PROFISSAO: ADVOGADA **Nº DO RG:** 3.363.751
ORGÃO EMISSOR: SSP PB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1/
Nº CPF: 090456.694-39 **ENDEREÇO:** R. FLAVIO RIBEIRO
Nº49, CENTRO, GURINHÉM - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário ANA CAROLINE M DE ARAUJO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA, 16 de MAIO de 20 19

X Ana Caroline Marinho de Araujo
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



2º Cartório de Notas de Itabaiana - PB
Tabelião Belª Maria das Graças de Almeida Melo

Av. José Silveira, 110 - Centro
CEP: 58360-000 - FONE: (83) 3251-1272
e-mail: cartoriodelitabaiana@outlook.com

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO
Data: Itabaiana/PB - 14/09/2018
Frente: Iris Lira Araújo
Selo Digital: AHM81922-LY4T

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol: R\$11,60 Farpen: R\$0,28 MP: R\$0,19 Fej: R\$1,80

Iris Lira Araújo
Escritor do Cartório de
Itabaiana - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
16 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164931/19

Número do Sinistro: 3190327930

Vítima: ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

CPF: 093.564.654-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2017

Titular do CPF: ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO : 090.456.694-39

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

ANA CAROLINE MARINHO DE ARAUJO : 093.564.654-01

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: 27/06/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

CPF: 090.456.694-39

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA