



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

FILIAÇÃO JOSÉ BATISTA DE ARRUDA
TÂNIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

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

DOC. IDENT. NASC. N. 14008 FLS. 76 LIV. A15
PARTIDO PRINCESA ISABEL-PB

CPF

Assinatura do Diretor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

P.95

Ramaiana Julia Pereira de Arruda

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

079.745.534-56

Nome
RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Nascimento
14/05/1985

BRASIL

Cartão de identificação pessoal e profissional
Deve ser utilizado, junto com um documento de identidade.

Entidade

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

DATA DE NASCIMENTO 14/05/1985 Nº INSCRIÇÃO 0336.6338.1280 D.V. 034 SEÇÃO 0177

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

JUIZ ELEITORAL

Dir. Maria das Graças Norberto Guedes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Ramaiana Julia P. de Arruda

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019

UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL



UNICLIN

MÉDICOS ASSOCIADOS

Dr. João Cesar da Cunha

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

RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

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

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

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

Apresenta déficit laboral em 30% para realizar suas atividades.


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

Serra Talhada, 01 de maro de 2019

Dr. George Alessandro
Maranhão Conrado
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

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

Dr. Valda Lúcia
Moreira Luna
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Josildete Lorena
V. Duque
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Daniele Padilha
Lapa
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

Dr. Joab J. Menezes
CARDIOLOGISTA

Dr. Fernando Monteiro
PROCTOLOGISTA

Dr. Tadeu Menezes
ULTRASSONOGRAFIA

Dr. Johan Cristina
Xavier
OPTAMOLOGISTA

Labomed
LABORATÓRIO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Carolina de Araujo

RG nº 2933798, data de expedição 19/09/01,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 063.164.644-99, com

domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de

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

Rua Gen. Pedro Gondim, nº 39,

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

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

vítima Ramaisa Julia Pereira de Araujo cujo o condutor era

Ramaisa Julia Pereira de Araujo.

Veículo: Ford Bix 1.25 ES

Modelo: 2007

Ano: 2007

Placa: HOC3307

Chassi: 3C2JA07R090238

Data do Acidente:

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



x Ana Carolina de Araujo

Assinatura do Declarante

Ramaisa Julia Pereira de Araujo

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



3º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS

Emilia Érica Alves Frazão - Tabelão Interina

Rua Get. Manoel Pereira Lima, 202 - Centro - Recife/PE - CEP: 50010-000

CPF: 030.98979-9241 - E-mail: c3t@emiliaerica.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimais(s) de:

ANA CAROLINA DE ARAUJO

Em test. da verdade. Princesa Isabel-PB 30/10/2017 08:14:04

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente

[2017-006272]EML:R\$ 49,23 FARPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,05

SELO DIGITAL: AF241476-FW08

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

Isabel Kaline Frazão da Silva
Escrevente

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/biblioteca/web/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 Helder Magalhães de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romário Júlio Rêgo de Azevedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.745.534 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Romário Júlio Rêgo de Azevedo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.745.534 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Trinidade</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.870-000</u>
Email <u>hmc.romarioa@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 3896-1236</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 988428269</u>

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

Assinatura do Declarante

RODRIGO EDWIN PEREIRA DE ARRUDA
RUA CANARADO ROSAS, S/N - CENTRO
PRINCESA ISABEL / PB CEP: 58755-007 (AQ: 186)
Emissão: 16/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classe/Serviço: RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MONOFASICO R230 Km25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
Roteiro: 9 - 165 - 120 - 700 1P med: 00001230055



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.086.103/0001-40 Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 18.812.205
Cód. para DIB. Automático: 0000264218

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	16/01/2019	14/02/2019	067.627.484-10

vinc. Set:

Canal de contato

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/12/18	20363	16/01/19	20368		278	33

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq. Icms(R\$)	Base Calc. P.e(R\$)	Porc. Icms(%)	Porc. Icms(R\$)	Porc. Icms(%)
0801	Consumo em kWh	278,000	0,954400	235,81	235,81	27	83,86	235,81	2,55
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTROLE ILUM. PÚBLICA			35,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018			0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2018			-3,06	-0,00	0	0,00	0,00	0,00
0801	DOAÇÃO HOSPITAL NA POLÍCIA LAUREANO 01/2019			5,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 270,78 235,81 83,86 235,81 2,55 11,77

VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR
23/01/2019		R\$ 270,78

Histórico de Consumo (kWh)

266 | 254 | 233 | 285 | 184 | 185 | 182 | 104 | 106 | 221 | 250 | 228
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	7,86	0,00
DI TRIMESTRAL	12,22	NOMINAL
DI ANUAL	30,65	
FI TRIMESTRAL	5,81	0,00
FI ANUAL	7,22	CONTRATADA
DMIC	14,45	LIMITE INFERIOR
DICRI	4,31	LIMITE SUPERIOR
	12,22	202
		231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PB	50,00	18,47
Compra de Energia	79,86	29,49
Serviço de Transmissão	6,11	2,26
Trabalhos de Manutenção	13,24	4,90
Impostos, Oribitos e Encargos	107,86	39,67
Outros Serviços	4,00	1,48
Total	270,78	100,00

Valor em R\$ Ref. 11/2018: R\$ 75,08

ML: 823-489 - Seq.: 0096A / 601933 - TIM_FAT7002201811_ANGC18UF 603_Nachtrag

25000968



|||||||

CTC RECIFE PE PL5

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
RUA PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 124
ESCRITORIO
CENTRO
56870-000 TRIUNFO PE



7214049710 44717 00000005511 30 291118



**BAIXE JÁ O
APP MEU TEMPO**



Venha para a Conta Digital e tenha 500 MB de Bônus todo mês.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 049.745.534-56 Nome completo da vítima: Ramaisa Julia Pereira de Almeida

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

Nome completo: Ramaisa Julia Pereira de Almeida CPF: 049.745.534-56
Profissão: Enfermeira Endereço: Rua Comandante Rosas Número: 72 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Piracema Ibael Estado: PB CEP: 58.755-000
E-mail: hrc.advocacia@gmail.com Tel.(DDD): (84) 3846-1036

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)
AGÊNCIA: 0864 2 CONTA: 17664 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Piracema Ibael/PB, 14/03/2019.

Nome: _____ CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

**Senha:**

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

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

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 16193 - RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Nº F.A.A.: 34952

Sexo: F CNS: 704601180016825 Raça/Cor: PARDA

DN: 14/05/1985

Idade: 32 Anos, 4 Meses e 15 Dias.

Mãe: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Etnia:

RG: 2967601

CPB79.745.534-56

Complemento:

Bairro: CENTRO

Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 72

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

Cidade: PRINCESA ISABEL CEP:

UF: PB

Contato:

Celular:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

PACIENTE APRESENTA VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO APOS QUEDA DE MOTO.

Medicamentos em uso:

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não Câncer: () Sim (X) Não

Transplantado: () Sim (X) Não Alergia: () Sim (X) Não Se Sim, Qual: Pneumopatia: () Sim (X) Não

Antecedentes Pessoais:

P.A. X mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/dl Glicemia: 15 - CONSCIENTE

Freq. Respiratória: 0

Peso:

Kg

Altura: m

Dor: Sem Dor

Clínica: CLINICA MEDICA

Prof. Resp. pré-consulta: 366358

SHEYLA SAMARA MAIA DA SILVA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA POR
ACIDENTE AUTOCICLISTICO; APRESENTA
MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

TRAUMA POR ACIDENTE
AUTOCICLISTICO

Y LIMPEZA E CURATIVOS

DADOS DA SAÍDA

() Alta () Alta a Pedido/A Revelia () Desistência () Repouso () Internação

() Encaminhado a:

() Transferido para:

() Óbito até 24 horas () Óbito > 24hs () IML () SVO () D.O.Nº

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

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

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM/PB 10555

Médico

EMÍLIA ÉRICA
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE MÓVEIS
Emília Érica Alves Fressão - Tabelião Intimista
Rua da Amizade, 20 - Centro - Princesa Isabel - PB
Atuação: 2014, registro nº 1171 do Conselho Nacional de
Tabeliães. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel - PB 18/09/2017 08:12:24
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente
(2017-013912) E.O. nº 2,31 EREPRIN nº 0,27 FEB 0,46
SELO DIGITAL: AF53915-4076
Confira a autenticidade em: https://selodigital.tjpb.jus.br

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270174

Vítima: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Data do Acidente: 29/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270174

Vítima: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Data do Acidente: 29/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

049.745.534-56

Ramaisana Julia Pereira de Almeida

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Piracema, São Paulo/SP, 14/03/2019.

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



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



C E R T I D ã O

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

OCORRENCIA POLICIAL N°689/2017, LIVRO n° 003/2017.

DATA: 19.10.2017

HORA: 16:25

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Noticiante: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

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

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

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PRINCESA ISABEL/PB

Profissão: ENFERMEIRA

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

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

NARRATIVA

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

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

Notificante:

Ramaiana Julia P. de Arruda

CARTÓRIO UNICO DE NOTAS
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, em 29 de novembro de 2017. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Enc. R\$ 3,37. TSMR R\$ 0,66. FERC R\$ 0,33. Total R\$ 3,96. Selos: 003841.Y0311201704.00126.

Desafio-Indicação em: www.diaa.org.br

Rua Cel. José Pereira Lima, 20, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.

PROCURAÇÃO PARTICULAR



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

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

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

Seguro
Obrigatório

Princesa Isabel/PB, 20 de Outubro de 2017.

Ramaiana Julia Pereira de Arruda
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

EMÍLIA ÉRICA - 2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
SERVIÇO NOTAS ALÉ REGISTRAL
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a seguinte firma (5) de:
RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA
Em test. da verdade. Princesa Isabel/PB 10/10/2017 08:13:16
Isabel Kaline Fraxão da Silva - Escrevente
[2017-006221] JEMX:RS 49,23; FARCEN:R 27; FEPJ:R\$ 1,85
SELO DIGITAL: AF241475-9721
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Isabel Kaline Fraxão da Silva
Escrevente

SABEM SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº **01313656550**

PLACA: **00034009929** EXERCÍCIO: **2017**

NOVA: **ANA CAROLINA DE ARRUDA**

PLACA: **06316764499** PLACA: **MOC3307/PB**

NOVO: **PB** CHASSI: **9C2JA04207R090238**

ESPECÍFICA: **PAS/MOTONETA/NAO-APIL** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA/MODELO: **HONDA/BIZ 125 ES** ANO FAB: **2007** ANO MOD: **2007**

CAP/POT/CH: **2-P/124/CI** CATEGORIA: **PARTIC** COR PRD DOMINANTE: **VERMELHA**

COTR ÚNICA: **IPVA PAGO EM** DATA: **00/00/0000** 1ª VENC: **00/00/0000** 2ª VENC: **00/00/0000**

PARCELAMENTO/COTAS: **0** 1ª COTA: **0** 2ª COTA: **0**

PREMIO TARIFARIO: **SEGURO** DATA DE PAGAMENTO: **22/02/2017**

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PRINCESA ISABEL - PB

DATA: **30/03/2017**

31054

PB Nº 01313656550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2017** DATA: **30/03/2017**

PLACA: **06316764499** PLACA: **MOC3307/PB**

CHASSI: **9C2JA04207R090238**

MARCA/MODELO: **HONDA/BIZ 125 ES**

PREMIO TARIFARIO

PNIS (R\$): ********* DENATRAM (R\$): ********* CUSTO DO SEGURO (R\$): *********

CUSTO DO BILHETE (R\$): ********* IOF (R\$): ********* TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): *********

SEGURO

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

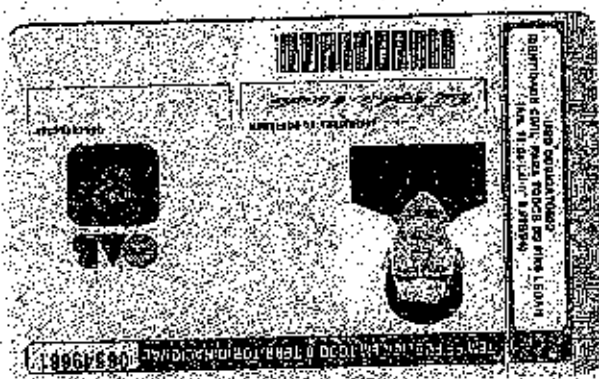
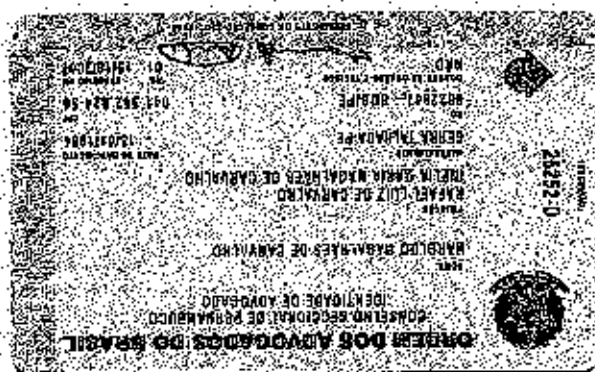
DATA DE QUITAÇÃO: **22/02/2017**

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 05.243.608/0001-04

31054-1144331-20170330

804-2016

RECEBIDO
14 DEZ 2017
SABEM SEGURADORA S/A



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

FILIAÇÃO JOSÉ BATISTA DE ARRUDA
TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

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

NASC. Nº 00000 FLS 76 LIV A15
CARTÓRIO PRINCESA ISABEL-PB

CPF 044.110.103-7

Assinatura do Diretor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2.95

Ramaiana Julia Pereira de Arruda

CARTEIRA DE IDENTIDADE



0012+

Carteira de Identidade - 01/06/2007

MINISTÉRIO DA FAZENDA

RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CNPJ

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 078.748.534-15

Nome RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Nascimento 14/05/1985

20711 1899

Caderneta de Imposto de Renda

Este documento tem validade de 12 meses a partir da data de emissão.

Emissão 14/05/2017

CORREIOS

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

DATA DE NASCIMENTO 14/05/1985 Nº de inscrição 0336 6339 1260 ZONA 034 SEÇÃO 0177

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

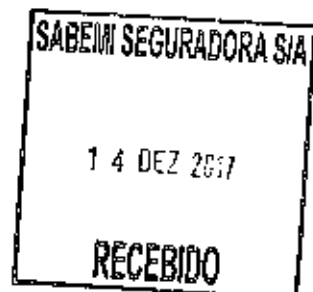
JUIZ ELEITORAL

Ramaiana Julia P. de Arruda

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

POLEGAR DIREITO

Use a Tabela das Cotas para a Classificação



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



Comunicação de Nascimento

Senha:

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

P.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 16193 - RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Sexo: F CNJ: 704601180016625 Raça/Cor: PARDA

Mãe: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Complementar: Bairro: CENTRO

Tel. Residencial: Tel. Comercial:

DN: 14/05/1985

Idade: 32 Anos 4 Meses e 15 Dias

RG: 2967601

CPF: 745.834-55

Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 72

Cidade: PRINCESA ISABEL CEP: UF: PB

Contato: Celular:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações do pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

PACIENTE APRESENTA VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO APÓS QUEDA DE MOTO.

Medicamentos em uso:



Hipertensão: () Sim (X) Não Diarreias: () Sim (X) Não Câncer: () Sim (X) Não
Gravidez: () Sim (X) Não Alergia: () Sim (X) Não Se Sim, Qual:
Procedentes Passados:

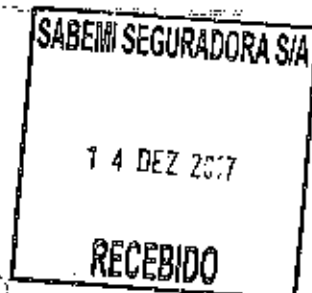
Temperatura: 36,0 Sat O2: 98% Glicemia Capilar: 100mg/dl Cholesterol: 180mg/dl
Freq. Respiratória: 20 Press: 120/80 Altura: 1,60m Doença Crônica:
Clínica: CLÍNICA MÉDICA Prof. Resp. pré-consulta: 366355

SHEYLA SAMARA MAZA DA SILVA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMAS POR
ACIDENTE AUTOCICLISTICO, APRESENTANDO
APENAS ESCORIAÇÕES

TRAUMAS POR ACIDENTE
AUTOCICLISTICO

Y LIMPOS E CURATIVOS



DADOS DA SAÍDA

Cond. da Alta: () Alta a Pedido/A Revelar () Assistência () Repouso () Internação

() Desinternado e

Transferido para:

() Até 24 horas () Entre 24h e 48h () UCL () SVO () D.O.M.

Assinatura do Paciente/Responsável:

Assinatura e Carimbo do Profissional:

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

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



FIXO

UNFOP: 33.000.118/0001-79 - INSC. ESTADUAL: 131.001.001-10
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50030-260
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PG-74/01/17

1/3

65300684



CTC RECIFE PE PLS

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



7213512820063380000002806230051017

Referência

SETEMBRO /2017

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/10/2017

Total a pagar

R\$ 189,25

Resumo da sua fatura



OI FIXO

R\$ 93,91

OI FIXO

60,87

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL

PACOTE DE MINUTOS FIXO-NOVEL LOCAL

PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31

SERVICOS DIGITAIS

OUTROS PACOTES E SERVICOS MENSIS

33,04



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

R\$ 95,34

LIGACOES FIXO-FIXO

63,81

LIGACOES FIXO-NOVEL

23,65

SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS

8,08

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

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

CODIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

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



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-62 - INSC. ESTADUAL:
181.001.0079146-4
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50030-260
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

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

CODIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

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

8467000001-7 89250024030-4 32049520384-8 61036081709-9



FATURA N.: 1200108486161
VENCIMENTO: 15/10/2017
VALOR A PAGAR R\$ 189,25
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307



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 nº 9.613/98.

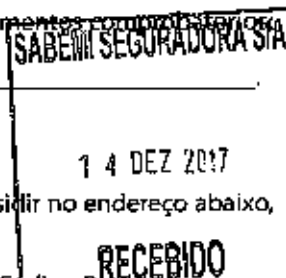
Pelo exposto, eu Aluísio Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542 024 156 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romário, Julio, Pereira de Azevedo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.745.534 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Romário, Julio, Pereira de Azevedo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.745.534 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Trinidade</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.870-000</u>
Email <u>lme.advocacia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 988428269</u>

Trinidade, 20 de Outubro de 2017.

Local e Data

Assinatura do Declarante



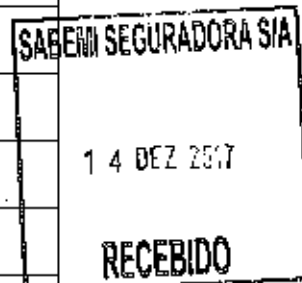
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Romaiara Julia Pereira de Araujo

RG nº 2.967.601, data de expedição 22/10/07, Órgão SSDS/PB.

CPF nº 079.745.534-56, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Coronado Reis</u>
Número	<u>117</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.advocacia@gmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Romaiara Julia P. de Araujo

CHEN, C. S.

Cod. par. DIB. Autenticato: 000059431

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF CNPJ/ RAR
Set/ 2017	8/09/2017	18/10/2017	5762748410

UC (Unidade Consumidora): 5/266431-6

Canal de contacto

Adaptado de www.energis.com.br. Condições de uso e validade que podem variar sem aviso prévio. São vendedores de produtos e serviços de energia elétrica com a finalidade de promover a segurança e a qualidade de atendimento aos consumidores.

Discriminación	Valor (R\$)	%
Seguros de Vida e Previdência	25.23	24.76
Compras Gerais	22.47	22.12
Seguros de Transp. e Carga	3.66	3.55
Encargos Sociais	1.74	1.69
Impostos e Contribuições	1.74	1.69
Outros Serviços	3.90	3.81
Total	119.29	100.00

[illegible]

RECEBIDO

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL



Senha:

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

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

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 16193 - RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Nº F.A.A.: 34952

Sexo: F CNS: 704601180016825 Raça/Cor: PARDA

DN: 14/05/1985

Idade: 32 Anos, 4 Meses e 15 Dias.

Mãe: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Etnia:

RG: 2967601

CPB79.745.534-56

Complemento:

Bairro: CENTRO

Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 72

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

Cidade: PRINCESA ISABEL CEP:

UF: PB

Contato:

Celular:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

PACIENTE APRESENTA VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO APOS QUEDA DE MOTO.

Medicamentos em uso:

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

P.A. X mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/dl Glicose HbA1c CONSCIENTE
 Freq. Respiratória: 0 Peso: Kg Altura: m Dom Sem Dor
 Clínica: CLINICA MEDICA Prof. Resp. pré-consulta: 366358

SHEILA SAMARA MAIA DA SILVA

Paciente com História de trauma por
 acidente motociclistico; APRESENTA
 APENAS ESCORIAÇÕES

SABEMI SECUNDORA SIA

14 DEZ 2017

RECEBIDO

TRAUMA POR ACIDENTE
 MOTOCICLISTICO

1 limpa e curativos

DADOS DA SAÍDA

() Alta () Alta a Pedido/A Revelia () Desistência () Repouso () Internação

() Encaminhado à

() Transferido para:

() Óbito até 24 horas

() Óbito > 24hs

() IML

() SVO

() D.O.Nº

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Profissional

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

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



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



C E R T I D ã O

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

OCORRENCIA POLICIAL Nº689/2017, LIVRO nº 003/2017.

DATA: 19.10.2017

HORA: 16:25

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

SABEM SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

Noticiante: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

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

Sexo: FEMENINO

Dt. Nasc.: 14.05.1985 Idade: 32 ANOS

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PRINCESA ISABEL/PB

Profissão: ENFERMEIRA

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

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

NARRATIVA

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

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

Notificante:

Ramaiana Julia P. de Arruda



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
REGISTRO DE ATOS DE DIREITO REAIS E DOCUMENTOS
PÚBLICOS, JUDICIAIS E NOTÁRIOS

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, em 29 de novembro de 2017. Substituta: EDIVANTLENE MENDES DE SOUZA. Emol: R\$ 3,32. TSNA: R\$ 0,68. SECC: R\$ 0,33. Total: R\$ 4,33. Selc: C073841.YEQ11201704.00136.

Doação: R\$ 0,00 (zero reais) - www.ijp.br/tributograt

Rua Cel. José Pereira Lima, 100, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.

Fone/fax: (0XXB31) 3457 2201



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ramaciara Julia Pereira de Almeida

CPF da Vítima

078 495.534-56

Data do Acidente

29/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

SABEM SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

Pimosa Sabel 20 de Outubro de 2017

Local e Data

Ramaciara Julia Pereira de Almeida

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI	CPF da Vítima 049.745.534-56	Nome completo da vítima Ramona Julia P. de Araujo
---------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ramona Julia Pereira de Araujo		CPF titular da conta 049.745.534-56	Profissão Enfermeira
Endereço Rua Camarada Rosas		Número 110	Complemento
Bairro Antas	Cidade Piçarra Osabel	Estado PB	CEP 58
Email lme.souzacacia@gmail.com		Telefone (DDD) (81) 3846-1036	
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

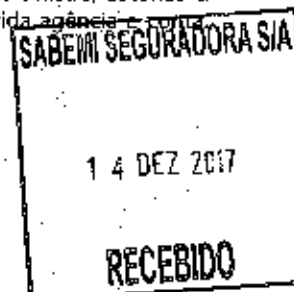
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (003) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRD. <input type="text"/> DVV <input type="text"/> CONTA NRD. <input type="text"/> DVV <input type="text"/>		BANCO Nome <input type="text"/> NRD <input type="text"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

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

Piçarra Osabel 20 de Outubro de 2017
Local e Data

Ramona Julia P. de Araujo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BANCO DO BRASIL S.A.
30/10/2017 AUTO-ATENDIMENTO - 09.18.58
0025772400

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0867-2 CONTA: 17.664-8
CLIENTE: ROMANA JULIA P AQUINO

HISTORICO	DOCUM	VALOR
-----24/09/2017-----		
Saldo Anterior		████████
-----05/10/2017-----		
Transferencia on line	022740	████████
05/10 11:50	22740-4 CONSTRUTORA AP	
Seque no TAA	476.66	████████
05/10 15:40 SAA-PRINCESA ISABEL		
S A L D O		████████

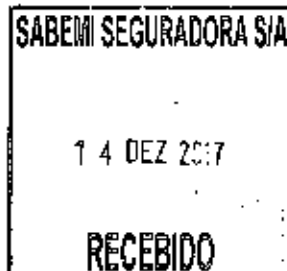
VOCE PODE TER UMA CONTA ESPECIAL 88 PROCURE SUA
AGENCIA E ASSINE O CONTRATO.

Juros + ██████████
Data de Tufillo de Juros 01/11/2017
JCP de ██████████
Data de Debito de JCP 01/11/2017
(*)Apurados de acordo com o calendario dos saldos
devedores diarios no mes anterior ao debito

OBSERVAÇÕES:

Ha tarifas pendentes de cobranca. Total em
30/10/2017 R\$ 127.62. Sujeito a cobranca
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
Procure sua agencia.

Levamos vóscos para conservar este documento,
entre outras informações.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123341/19

Vítima: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

CPF: 079.745.534-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2017

Titular do CPF: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA : 079.745.534-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

PROCURAÇÃO PARTICULAR

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

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

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

Princesa Isabel/PB, 20 de Outubro de 2017.


Ramaiana Julia Pereira de Arruda
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina
Rua Del. Manoel Pereira Lima, 252 - Centro - Princesa Isabel/PB
CNPJ nº 06.957.110/0001-10
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA
Em test. da verdade, Princesa Isabel-PB 30/10/2017 08:13:00
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente
[2017-006271]EVDL:R\$ 89,23 FARPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,05
SELO DIGITAL: AFZ41475-9721
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Isabel Kaline Frazão da Silva
Escrevente

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

A SEGURADORA LÍDER ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT.

Ref.: Pedido de Reanálise de Processo Administrativo DPVAT

Nº Sinistro: 3180005784

Data Acidente: 29/09/2017

Cobertura: Invalidez

Assunto: Negativa Técnica

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

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

Nestes termos,

Pede Deferimento.

Princesa Isabel/PB, 14 de março de 2019.



RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013136565850
1 0093400992-9 00/00000000 2017

ANA CAROLINA DE ARRUDA

06316764499

MCC3307/PB

NOVO PB

9C2JA04207R090238

PAS/MOTONETA/MAO AP.LIC

GASOLINA

HONDA/BIZ 125 ES

2007 2007

2 P/124 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

0

SEGURO

P A G O

22/02/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PRINCESSA ISABEL-PB

41581

0

30/03/2017

31054

PB Nº 013136565850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

06316764499

2017 30/03/2017

00934009929

HONDA/BIZ 125 ES

2007

9C2JA04207R090238

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

P A G O

22/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-1144331-20170330

NOV-2016