

SABEMI - REC. EM 10 ABR 2019





**UNICLIN**

MÉDICOS ASSOCIADOS

**Dr. George Alessandro Maranhão Conrado**  
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

**Dr. Adauto José Mourato de Barros**  
ANGIOLÓGIA - CRIOLOGIA VASCULAR  
CIRURGIA GERAL

**Dr. Valda Lúcia Moreira Luna**  
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

**Dr. Josilde Lorena V. Duque**  
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

**Dr. Daniele Padilha Lapa**  
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

**Dr. Joab J. Menezes**  
CARDIOLOGISTA

**Dr. Fernando Monteiro**  
PROCTOLOGISTA

**Dr. Tadeu Menezes**  
ULTRASONOGRAFIA

**Dr. Johan Cristina Xavier**  
OFTAMOLOGISTA

**Labomed**  
LABORATÓRIO

## 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 César da Cunha  
Medicina do Trabalho  
CRM - 10990*

Serra Talhada, 01 de maro de 2019

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Carolina de Arruda,

RG nº 2933792, data de expedição 19/10/101,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 063.167.644-99, com  
domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Gen. Frederico Gondim, nº 39,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Ramaisa Julia P. de Arruda cujo o condutor era  
Ramaisa Julia Pereira de Arruda.

Veículo: Honda BIZ 125 ES

Modelo: 2007

Ano: 2007

Placa: HOC 3307

Chassi: 9C2JAO7R090238

Data do Acidente:

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

  
Ana Carolina de Arruda.

Assinatura do Declarante

Ramaisa Julia Pereira de Arruda

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



2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emilia Erica Alves Frazão - Tabeliã Isolada  
Av. Getúlio Vargas, 100 - Centro - Princesa Isabel - PB - 58200-000  
Recunheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) a(s).....  
ANA CAROLINA DE ARRUDA.....  
En test da verdade. Princesa Isabel-PB 30/10/2017 08:14:44  
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrivente  
(2017-006272)EMOL:R\$ 19,23 FARFEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,05  
SELO DIGITAL: AF241476-FN08  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

  
Isabel Kaline Frazão da Silva  
Escrivente

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Haroldo Magalhães de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.542.024 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário România Julio Reis de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.745.534 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima România Julio Reis de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.745.534 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: Reis Informou e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

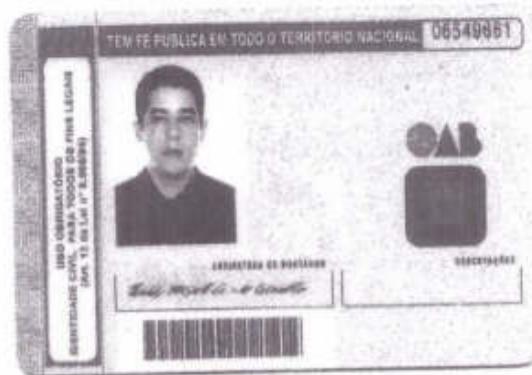
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 15 de Novembro</u>		<u>104</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Guarapuava</u>	<u>PR</u>	<u>56.870-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>hmc.adm@uol.com.br</u>	<u>(47) 3896-1136</u>	<u>(47) 988428269</u>	

Guarapuava, 20 de Outubro de 2017.

Local e Data

Assinatura do Declarante



RODRIGO EDWIN PEREIRA DE ARRUDA  
RUA CANFRADO ROSAS, SIN - CENTRO  
PRINCESA ISABEL / PB CEP: 58750001 (AD: 168)

Emissao: 16/01/2019 Referencia: Jan - 2019

Classe/Endereço: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B120 Km 25 - Cruz Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-000  
Rotação: 9 - 155 - 120 - 700 N° mtr: 000012306855



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 09.095.113/0001-40 PIS/COFINS: 16.015.820-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica NF018.810.255

Cód. para Dib. Automático: 60002844318

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

#### Canal de contato

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

#### Anterior      Atual      Constante      Consumo      Dias

Data	Leritura	Data	Leritura		275	23
14/12/18	20083	18/01/19	20368			

#### Demonstrativo

CCI - Código de Classificação do Item	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Iome(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Base Calc. Cofins(R\$)
---------------------------------------	------------	--------	------------------	----------------	---------------------	------------------------

Tributos Totais(R\$): ICMS(R\$); ICMS

0601 Consumo em kWh 278.000 0.054400 235,81 235,81 37 53,86 235,81 2,50 11,77

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0807 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA 29,18 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

0804 JUROS DE MORA 12/2018 0,88 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

0805 MULTA 12/2018 3,06 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

0801 DOAÇÃO-HOSPITAL NAPOL LAUREANO 01/2018 5,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 270,78 235,81 53,86 235,81 2,50 11,77

23/01/2019 R\$ 270,78

#### Histórico de Consumo (kWh)

366	254	233	285	184	185	182	104	196	221	250	229
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Sep/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)	Composição do Consumo
DC MENSAL	7,86	0,00	Serviço de Distribuição/PB 58,00 21,67
DC TRIMESTRAL	15,32	NOMINAL	Compra de Energia 28,88 10,50
DC ANUAL	30,66	220	Serviço de Transmissão 18,71 6,65
FC MENSAL	2,81	0,00	Impostos Setoriais 13,42 4,89
FC TRIMESTRAL	7,22	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos 107,98 39,87
FC ANUAL	14,45	220	Dívidas Bancárias 4,00 1,55
DMC	4,31	0,00	Total 270,78 100,00
DICR	12,22	220	Valores R\$0,00 Ref. 11/2018 R\$175,58

**TIM**  
**BLACK**

25000968



|||||  
CTC RECIFE PE PL5

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



BAIXE JÁ O  
APP MEU TIM



Venha para o Conta  
Digital e tenha 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:	Nome completo da vítima:	
	09.745.534-56	Raimaiana Júlia Pereira de Freitas	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Raimaiana Júlia Pereira de Freitas			09.745.534-56
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Enfermeira	Rua Coronel Rosas	72	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Princesa Isabel	PB	58.755-000
E-mail:	Tel.(DDD): (87)3896-1036		
horr.advocacia@gmail.com			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA: 086 CONTA: 17 664  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (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: <u>Ribeirão das Flores, 14/03/2019</u>	TESTEMUNHAS
	Name: _____	1º   Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina o RODO		Assinatura
<u>Raimaiana Júlia Pereira de Freitas</u> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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 PARAÍBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL



## Senha:

## F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 16193 - RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

Sexo: F CNS: 704601180016825 Raça/Cor: PARDA

Mãe: TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

Complemento: Bairro: CENTRO

Tel. Residencial: Tel. Comercial:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 29/09/2017 - 16:27:54  
DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 29/09/2017 - 16:31:09

Nº F.A.A.: 34952

DN: 14/05/1985 Idade: 32 Anos, 4 Meses e 15 Dias.  
Etnia: RG: 2967601 CP: 899.745.534-56

Endereço: RUA CONRADO ROSAS - 72

Cidade: PRINCESA ISABEL CEP: UF: PB  
Contato: Celular:

## DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

PACIENTE APRESENTA VARIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO APOS QUEDA DE MOTO.

Medicamentos em uso:



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

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

Antecedentes Pessoais:

Outros: ( ) Sim (A) Não

P.A.	X mmHg	Temperatura: °C	Sat O2:	Glicemia Capilar: mg/dl	Glaqueal: 15 - CONSCIENTE
P脉: C		Freq. Respiratória: 0	Peso: Kg	Altura: m	Dor: SEM DOR
Ergosíntese: CLINICA MEDICA					
Prof. Resp. pré-consulta: 366358					

SHEYLA SAMARA MAIA DA SILVA

Paciente com história de traumas por  
acidente automobilístico, após  
apenas 45 dias de acidente.

SABEM SEGURO D'ÁGUA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

Traumas por acidente  
automobilístico

14 dias de acidente



DADOS DA SAÍDA DATA E HORA: 29/09/17 - 17:35

( ) Alta ( ) Alta a Pedido/A Revélia

( ) Desistência

( ) Repouso

( ) Internação

( ) Encaminhado a:

( ) Transferido para:

( ) Óbito até 24 horas

( ) Óbito &gt; 24hs ( ) IML ( ) SVO ( ) D.O.Nº

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  
Médico  
João Medeiros Fernandes  
CRM/PB 10555

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190270174**

**Vítima: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**

**Data do Acidente: 29/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190270174**

**Vítima: RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**

**Data do Acidente: 29/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	09.745.534-56	Raimaria Julia Pereira de Freitas	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	09.745.534-56
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Enfermeira	Rua Coronel Rosas	72	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Princesa Isabel	PB	58.755-000
E-mail:	Tel.(DDD): (87) 3816-1036		
E-mail: Rorc.adversaria@gmail.com			

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- 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)

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (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, Ribeirão das Flores, 14/03/2019.  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) 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 PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
16<sup>ª</sup> AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRÍNCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRÍNCESA 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:

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

DATA: 19.10.2017

HORA: 16:25

CIDADE: Príncesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Noticiante: RAMAIA NA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

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

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

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PRÍNCESA ISABEL/PB

Profissão: ENFERMEIRA

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

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

### NARRATIVA

QUE NO DIA 29 DE SETEMBRO DE 2017, QUE VOLTAVA DA CIDADE DE SÃO JOSÉ DE PRÍNCESA/PB, JUNTAMENTE COM ANA CAROLINA DE ARRUDA, COM DESTINO A PRÍNCESA 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 POCOADO 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 PRÍNCESA ISABEL/PB.

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

Notificador: Ramalhona Júlio P. de Arruda

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS

Certifico que a presente cópia é a  
reprodução fiel do original que me foi  
apresentado, em 29 de Novembro de 2017. Substituto: EDIVANEIDE  
MENEZES DE OLIVEIRA. Enc. RG 3.33. TSNR.  
RG 0.66. FERC RG 0.33. Total RG 3.33.  
Selo: 0073841.YEQ11201704.000126.

Documentos assinados em www.dac.ufc.br/assinatura

Rua Cel. José Ferreira Lima, 101 - Alto do Cascavel, Príncesa 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**.

Princesa Isabel/PB, 20 de Outubro de 2017.

Ramaiana Julia Pereira de Arruda  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

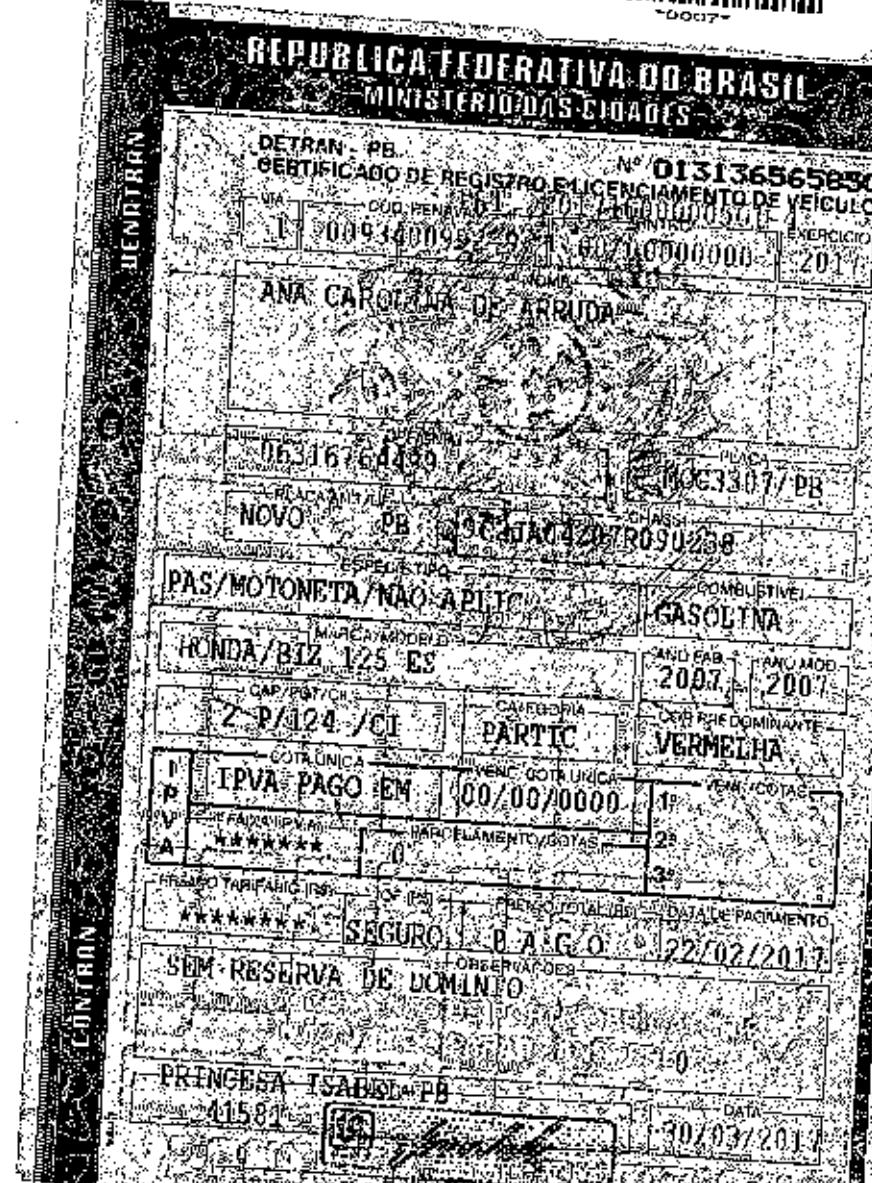
SABENI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

**EMÍLIA ÉRICA** | 2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL | Rua 04 Novo Recife, nº. 222 Centro-Princesa Isabel/PB  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) abaixo:  
RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA  
En test da verdade. Princesa Isabel/PB - 20/10/2017 08:15:16  
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente  
[2017-006221]EMILIA:R\$ 0,89, 20, FADEN/EM: R\$ 23, FEFJ:R\$ 1,85  
SELO DIGITAL: AFZ41975-9721  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

*Isabel Kaline Frazão da Silva*



SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS (SOD) 046  
CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE  
VIAS TERRÍSTREIS, OU POR SUA CARGA, PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPAT

• O SEGURO DPAT COBRE DANOS PESSOAIS  
CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIAS  
TERRÍSTREIS, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO.

ESTÃO COBERTOS TODOS OS DANOS CAUSADOS NO TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTORISTAS, PESSAGEIROS OU OUTERROS.

• SÃO COBERTOS TOS TPOS DE COBERTURA, COMO:  
- TÍPICA (IMMEDIATA E REIMBOSO DE DESPESAS DE ATENDIMENTO MÉDICO E SUPLEMENTARES (DAMS))

• DE VOLTE PARA O LOCAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU  
PENETRAR NA UNIDADE, MUNICIPIO, DOCUMENTAÇÃO  
ABANDONADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO DE 100% DAS  
FONTE DE ATENDIMENTO AUTÔNOMO CONSULTE OS  
<http://www.susep.gov.br> OU  
LOJA MIAU 0400 00000221704

• VALORES DE INDENIZAÇÃO POR FRAÇÃO MÍNIMA E  
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PREQUESTA  
INDENIZAÇÃO:

MORTE (1) INVALIDEZ PERMANENTE (2) DANOS (3)  
R\$ 13.500,00 R\$ 15.000,00 R\$ 15.000,00

(1) MORTE - REQUISITO DA OBRIGAÇÃO DE PAGAR  
PELA AUTORIDADE PÓLICIA COMPETENTE, CERTIFICAÇÃO DE  
ESTADO COPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E COPIA  
VITIMA E COPIA DOCUMENTAR O TÍTULO DA UNIDADE DE  
SEGURO (PACOTE UNICO COMO PLESCO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE - REQUISITO DA COOP-EXPO  
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE PÓLICIA COMPETENTE, COPIA  
DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO  
EXAMINATÓRIO (POLICIAIS, CIRURGIA, POLICIAIS  
DO ACIDENTE OU DA MORTALHA) DA VÍTIMA, COM A  
VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ DAS LEIS  
PERMANENTES (TÍTULO OU FRAÇÃO) DE ACORDO COM OS  
PERCENTUAIS NA TABELA CONSTANTE DO ANEXO DA LEI  
104/94 E ALTERAÇÕES

(3) DANOS - DESPESAS DE ATENDIMENTO MÉDICO E  
SUPLEMENTARIAIS REGISTRO DA OBRIGAÇÃO  
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE PÓLICIA COMPETENTE,  
BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU  
DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE CONFIRME QUE AS  
DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS PEGUEM  
REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS  
CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO  
VÉHICULO AUTOMOTOR DE VIAS TERRÍSTREIS, COPIA DA  
DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, COPIA  
DO DOCUMENTO MUNICIPAL, COPIA DISCRIMINAÇÃO DE  
TÍTULOS AS DESPESAS, INCLUINDO DÍGIAS E TAXAS  
RELACIONADAS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS  
E, ANEXO, OS EXAMES ERETUMAIS COM OS PREÇOS POR  
UNIDADE, ALÉM DAS SERVIÇOS MÉDICOS E  
PROFISSIONAIS, QUANDO ESTES FORAM COBRADOS  
DIRETAMENTE PELA HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS  
OU PREÇOS DO HOSPITAL, DIRIGIR, COMPRAVENDO O  
PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, NELOS  
QUAIS ESTIVERAM EM NOME DA VÍTIMA, OS  
COBRADORES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU  
PROFISSIONAL, CONSTANTE DATA, ASSINATURA,  
TOMANDO CONSIDERAÇÃO O NÚMERO DO CR. NÚMERO  
DO DPAT, CNPJ, E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO  
EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O  
ATENDIMENTO E COPIA DO LAÚS AVAÇO AUTÔNOMICO  
DA UNIDADE E DOS EXAMES REALIZADOS, EM SEPARADO  
QUANDO Houver.

• PODE-SE TIRAR O DOCUMENTO DE  
COBERTURA, NO TÍTULO DE DANOS, COMO  
REQUISITO, NA UNIDADE, NO MUNICIPIO, NO  
ESTADO, NO DIA 15 DE MARÇO DE 2012

• IMPORTANTE:

• NÃO É NECESSÁRIO ADODAR O DESPACHANTE DA  
QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO  
PÓDE DE INDENIZAÇÃO OU ADQUIRIR HAM  
ANDAMENTO DO PAGAMENTO.

• O REEMBOLSO DE DANOS, DESPESAS DE ATENDIMENTO  
MÉDICO E SUPLEMENTARES, ESTA LIMITADO A VALORES  
DEFINIDOS NA TABELA QUE ATENDE OS REQUISITOS DA  
ART. 9 DA RESOLUÇÃO CFC/PR 270/2012.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU  
REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO  
DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

• A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR  
VIGENTE NA DATA DA OCCORRÊNCIA DO SINISTRO.

• INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

• O SEGURO DPAT E OBRIGATÓRIO PARA TÍTULOS DE  
PROPRIETÁRIO DE VÉHICULOS DE USO COMUM (ART. 11  
L. 103/1974), SENDO PARTE INTEGRAL DA  
LICENCIAMENTO ANUAL DE VÉHICULOS.

• PRAZO DE VIGÊNCIA DO SEGURO DE 01 DE JANEIRO  
A 31 DE DEZEMBRO DO EXÉRCITO, GIA QUE SE PODE ESTAR  
A LISTA.

• O SEGURO DPAT DEVE SER PAGA JUNTAMENTE COM A  
PRIMEIRA CUSTA OU COM A DICTA UNICA DO IMPORTE  
DE INSCRIÇÃO DE VÉHICULOS AUTOMOTORES - IPVA  
CASO SEJA FETA A OPÇÃO PELA PARCELAMENTO, O  
VENCIMENTO PARCELA ESTARÁ ATRELADO AO  
PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS  
DO IMPORTE E DO SEGURO, OCORREM SEMPRE NA  
MESMA DATA.

• O VÉHICULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO  
SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO RESPECTIVAMENTE  
CONTRATO DE 10/11/2010.

• SOB O VALOR DO PRÉMIO DO SEGURO UNICA UNO  
PAGAMENTO DE PAGAMENTO DESEGURADA:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ATENDIMENTO  
MÉDICO/HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE  
TRÂNSITO (ART. 21 DA LEI 12.199/1991).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
- DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS  
DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO  
PARA PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA Lei 12.199/1991  
CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO.

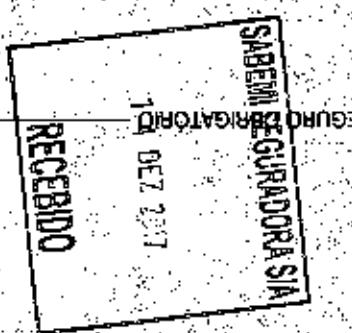
• ATENDIMENTO AO PÚBLICO  
SAC: 0800 022 0404 | [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPAT, PEDIDOS DE  
INFORMAÇÃO E RECLAMAÇÃO, ANEXAMENTO DE DOCUMENTOS,  
ACORDOS AUTÔNOMOS, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PREÇOS  
E TABELAS.

• SUSEP - DISCONE - BUSEP  
0600 021 0404 | [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)

• AUTENTICAÇÃO MECÂNICA  
DO SEGURO DPAT  
- AUTOMÓVEL, PESSOAIS, RELACIONADA  
- INSCRIÇÃO E CONTROLE DAS MERCADORIAS DE  
SÓLIDO, PREVISIVELA PRIMADA, DIRETA, CINTA, ZINCO,  
REFECCO, CONDUITAS DE SÓLIDOS

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



MULTAS DE TRÂNSITO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

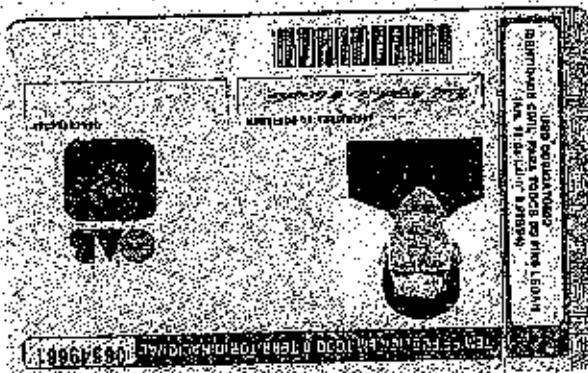
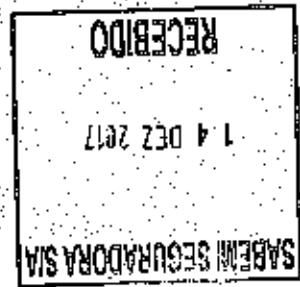
IPVA - 2ª COTA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA UNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

HILDAO JOSE BATISTA DE ARRUDA

TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO

PRINCESA ISABEL - PB 14/05/1985

DEPARTAMENTO DE NASCIMENTO N.º 14008 - FLS. 15 LIV. A15

MUNICÍPIO PRINCESA ISABEL - PB

CPF 000.000.000-00

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/10/2007

ASSINATURA DO EMISSOR

Assinatura de Ramiana Julia Pereira de Arruda

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2.95

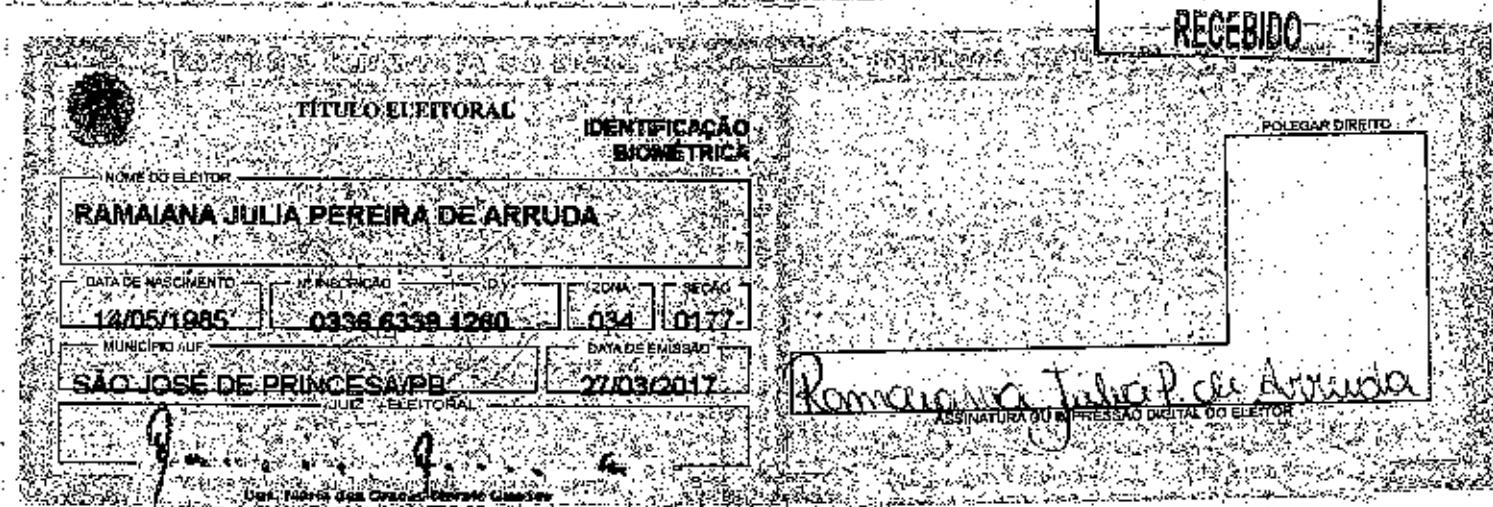
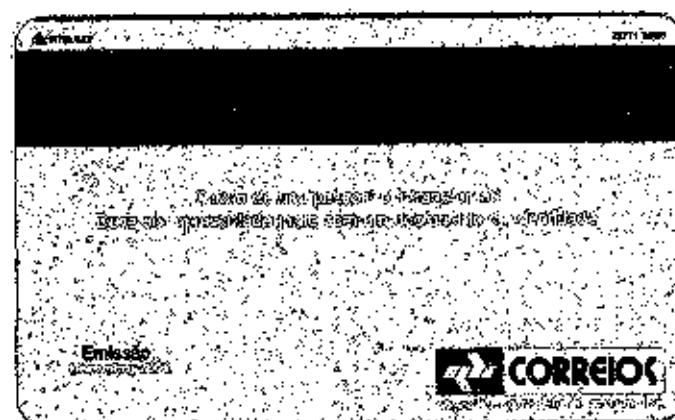
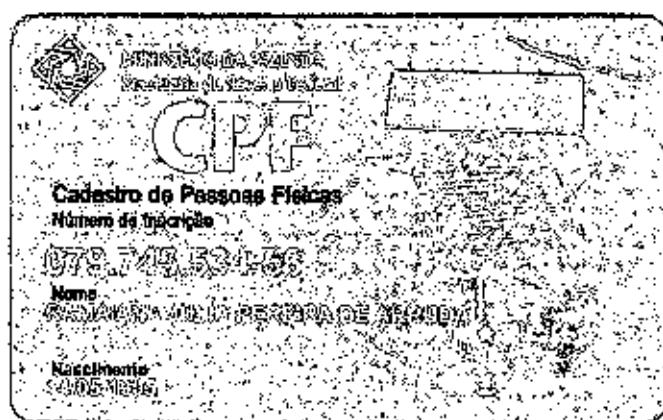
Ramiana Julia Pereira de Arruda

CARTEIRA DE IDENTIDADE



000124

Carneira Civil - Cidadão





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Carolina de Araujo,  
RG nº 02.933.498, data de expedição 19/09/01,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 063.167.644-99, com  
domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Gov. 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 Ramaiana Júlia Pereira de Araujo cujo o condutor era  
Ramaiana Júlia Pereira de Araujo.

Veículo: Fiorino B12 125 ES

Modelo: 2007

Ano: 2007

Placa: HOC3307

Chassi: 9C22JF07R090238

Data do Acidente:

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



Ana Carolina de Araujo

Assinatura do Declarante

Ramaiana Júlia Pereira de Araujo

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



2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emilia Erica Alves Frazão - Tabelia Notária

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - Lote 001 - Vara 02 - Fazenda nº 001 - CEP 58210-000

Av. Presidente Getúlio Vargas, 800 - Centro - João Pessoa - PB - 58010-000

CEP 58010-000 - Fone/Fax: (83) 3222-1100

Em test da verdade. Princesa Isabel/PB - 30/10/2017 08:14:01

Isabel Kaline Frazão da Silva - Testevedente

[2017-000272]ENOL:R #7,23 FAPPEN:R110,27 FEP:R4 1,95

SELO DIGITAL: AFZ41476-FHGD

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

SABEM SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO



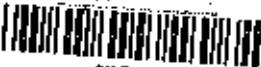
01 FIXO



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



721351282006298000002866230051017



70016\*

Referência

SETEMBRO /2017

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/10/2017

Total a pagar

R\$ 189,25

Resumo da sua fatura

01 FIXO

01 FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL

PACOTE DE MINUTOS FIXO-MÓVEL LOCAL

PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31

SERVICOS DIGITAIS

OUTROS PACOTES E SERVIÇOS MENSais

R\$ 93,91

60,67

33,04

EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS

R\$ 95,34

63,81

23,65

8,08

SABEMI SEGURADORA S/A

11/4 DEZ 2017

RECEBIDO

CÓDIGO MINHA OI  
091201460307

[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

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

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](http://oi.com.br/9digito).

TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 03.000.110-0014-52 - INSC. ESTADUAL:  
101.001.007-04-4  
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50030-260  
MATER: CNPJ: 03.000.118/0001-78

HAROLDÓ MAGALHÃES DE CARVALHO  
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU.3  
CONTA 09/2017 LOCAL 4652 DV 9

CÓDIGO MINHA OI  
091201460307

[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

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

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



FATURA N.: 1200108486161

VENCIMENTO: 15/10/2017

VALOR A PAGAR R\$ 189,25

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307



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

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

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

Pelo exposto, eu Adriano Magalhães de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.512.024-156, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Romualdo Júlio Pereira de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.145.534-56, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis da Vítima Romualdo Júlio Pereira de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.145.534-56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: Recevo Informo e apresento os documentos comprobatórios  
**SABEMI SEGURODA LÍDER**

Recuso informar

14 DEZ 2017

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.

**RECEBIDO**

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 15 de Novembro</u>		<u>104</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Guarapari</u>	<u>ES</u>	<u>29.870-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>bruno.adriano19@gmail.com</u>		<u>(87) 3896-1036</u>	<u>(87) 988428269</u>

Guarapari, 20 de Outubro de 2017.

Local e Data

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, România Julia Pereira de Araújo,

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

CPF nº 029.745.534-56, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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 Conrado Rabelo</u>
Número	<u>81/n</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.advocacia@gmail.com</u>

**SABEMI SEGURADORA S/A**

**14 DEZ 2017**

**RECEBIDO**

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: România Julia P. de Araújo



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 - RAMAJANA 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 Cancer: ( ) Sim (X) Não Pneumopatia: ( ) Sim (X) Não

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

Antecedentes Pessoais:

P.A. X mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/ml Gluç. ur.: 15 - CONSCIENTE  
Peso: 0 Freq. Respiratória: 0 Peso: Kg Altura: m Dors: SEM DOR  
Prof. Resp. pré-consulta: 366358

**SHEYLA SAMARA MAIA DA SILVA**

Paciente com história de traumas por  
ACIDENTE MOTOCICLISTICO; APNEIA;  
APENAS ESCORACOES

**SABEM SEGUIMOS SIA**

14 DEZ 2017

**RECEBIDO**

Traumas por acidente  
motociclistico

14 dez 2017

**DADOS DA SAÍDA**

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

( ) Alta ( ) Alta a Pedido/A Revella ( ) Desistência ( ) Repouso ( ) Internação  
( ) Encaminhado a \_\_\_\_\_

( ) Transferido para: \_\_\_\_\_

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

**Alfredo Metellos Fernandes**  
CRM/PB 10555  
MÉDICO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Profissional

Atendente Responsável na Recepção: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, 811, MAM, PRINCESA ISABEL - PB - Tel: 3457-2270



## C E R T I D Õ

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:  
OCORRÊNCIA POLICIAL N° 689/2017, LIVRO n° 003/2017.

**DATA:** 19.10.2017

**HORA:** 16:25

**CIDADE:** Princesa Isabel/PB

**DELEGADO:** GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

**SABEM SEGURADORA S/A**

14 DEZ 2017

**RECEBIDO**

**Noticiante:** RAMAIA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

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

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

**Nacionalidade:** Brasileira **Naturalidade:** PRINCESA ISABEL/PB

**Profissão:** ENFERMEIRA

**Filiação:** JOSE BATISTA DE ARRUDA E TANIA MARIA PEREIRA DE ARRUDA

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

## NARRATIVA

QUE NO DIA 29 DE SETEMBRO DE 2017, QUE VOLTAVA DA CIDADE DE SÃO JOSÉ DE PRINCESA/PB, JUNTAMENTE COM ANA CAROLINA DE ARRUDA, COM DESTINO A PRINCESA ISABEL/PB, QUE PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 ES, CHASSI: 9C2JA04207R090238, PLACA: MOC-3307/PB, ANO/MODELO: 2007, VERMEIHA, REGISTRADA EM 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 CERRAPOU, 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 TRANZUNTE 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:

*Ramalharia Júlio P. de Arruda*

## CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS

REGISTRO SPÉCIAL DE DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES

PESSOAS JURÍDICAS E INDIVÍDUOS

Certifico que a documentação anexa é a reprodução fiel do original que te foi apresentado, em 29 de novembro de 2017. Substituto: EDVANE DE MENEZES DE SOUZA. Emol. R\$ 3,32. Desp. R\$ 0,66. FERG. R\$ 0,33. Total R\$ 4,30. Seção: 0073441. YSQ11201704.000116.

Documentário digitalizado em: www.ijp.jus.br/destildigital



00041

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800) 0221204 ou 0800 221206 (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

Romilda da Silva Penteado

CPF da Vítima

019.745.534-56

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:

Assinalei 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.

SABEMI SEGURADORA SIA

14 DEZ 2017

Romilda da Silva Penteado, 20 de Outubro de 2017.

Local e Data

RECEBIDO

Romilda da Silva Penteado

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BANCO DO BRASIL S.A.  
30/10/2017 AUTO-ATÉNTEIMENTO - 09.18.58  
008572403

EXTRATO (C/ A CORRENTE) PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

AGENCIA: 0867-2. CONTA: 17.664-8  
CLIFATE: ROMANA MULTA P. ARREDO

VOCÊ PODE TER UMA CONTA ESPECIAL SE PROCURÉ SUA AGENCIA E ASSINE O CONTRATO.

Juros: 4  
Data de Tabilho de Juros: 01/11/2017  
JDF: 1  
Data de Débito de JDF: 01/11/2017  
(\*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores claros no mês anterior ao débito

### OPERATING COSTS

Na t韙a das pendentes de cobran鏏a. Total em 30/10/2017 R\$ 122,62. Sujeto a cobran鏏a quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Precisa sua agencia.

1. El alijo venció para conservar este documento,  
etc.; o otras informaciones.

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2017

RECEBIDO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123341/19

**Vítima:** RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

**CPF:** 079.745.534-56

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/09/2017

**Titular do CPF:** RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

### RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA : 079.745.534-56

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

## 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)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 15/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 15/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

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 maio de 2019.

Ramaiana Julia Pereira de Arruda

**RAMAIANA JULIA PEREIRA DE ARRUDA**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
1 0093400992-9		Nº 013136565850	
ANO 2017/LOQUQUITO		VALOR DE R\$ 0,00	
ANA CAROLINA DE ARRUDA		PERÍODO 2011	
NOVA		PERÍODO 2011	
NOVO		PERÍODO 2011	
PAS/MOTONETA/NAO AP.FIC		PERÍODO 2011	
HONDA/BIZ 125 ES		PERÍODO 2011	
2 P/124 /CT		PERÍODO 2011	
IPVA PAGO		PERÍODO 2011	
0		PERÍODO 2011	
SEGURADO		PERÍODO 2011	
PRÍNCESA ISABEL - PB		PERÍODO 2011	
41581		PERÍODO 2011	
30/03/2017		PERÍODO 2011	
31054		PERÍODO 2011	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 621 1204</p>			
PRÉMIO TARIFÁRIO		PERÍODO 2011	
PAS (R\$) 444,44		DETRAN (R\$) 444,44	
DESPESA DE MANUTENÇÃO (R\$) 0,00		DESPESA DE MANUTENÇÃO (R\$) 0,00	
DESPESA DE PAGAMENTO (R\$) 0,00		DESPESA DE PAGAMENTO (R\$) 0,00	
SEGURADO PAGO 22/02/2017		SEGURADO PAGO 22/02/2017	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
PRÍNCESA ISABEL - PB		PRÍNCESA ISABEL - PB	
41581		41581	
30/03/2017		30/03/2017	
31054		31054	
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 00.242.600/0001-46</p>			
<p>NOV-2016</p>			