



Número: **0802652-64.2019.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **02/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA (AUTOR)	JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36282 146	05/11/2020 10:59	<u>2762327_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180420134**
Vitima: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Data do Acidente: **20/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180420134**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13359592

Pag. 00837/00838 - carta_01 - INVALIDEZ



00020419



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Nº Sinistro: **3180420134**
Vitima: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Data do Acidente: **20/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180420134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00303/00304 - carta_03 - INVALIDEZ



00050152

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13364933

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Nº Sinistro: **3180420134**
Vitima: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Data do Acidente: **20/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180420134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00597/00598 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13532669

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180420134 Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

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

Pag. 00893/00894 - carta_04 - INVALIDEZ



00060447

Carta nº 14167810



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 4



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 291/2018

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data do fato: 20/03/2018 hora: 13H20MIN



Notificante: ****, alcunha "****", Nacionalidade: ****,
naturalidade: ***, nascido em **/**/**, documento: **, filho de
*** e de ***, endereço: *****, referência: ***.

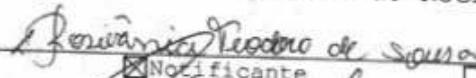
Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Roberto F. de Barros e Silva

Vítima: ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA, alcunha "****", Nacionalidade:
brasileira, naturalidade: Riacho dos Cavalos-PB, idade: 30 anos,
nascido em 25/05/1987, cor/raça: *****, Estado Civil:
União Estável, Profissão: agricultora, Escolaridade: *****,
documento: RG 3053482 SSP/PB, filiação: Raimundo Teodoro Sobrinho
e de Rita Francisca de Sousa, endereço: Rua José Pereira de Sousa,
s/n, José Américo, Riacho dos Cavalos-PB, referência: ***.
Tel/Cel: (***)***;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora
supracitadas a vítima estava conduzindo a motocicleta Honda Biz
125 ES, cor vermelha, placa NPV 5235/PB, CHASSI 9C2JC42209R062874,
licenciado em nome de JOÃO FRANCISCO DE FREITAS, na Rua Epitácio
Maia de Vasconcelos, próximo ao Mercadinho de Bracinho, Riacho dos
Cavalos-PB, quando passou por uma pedra solta e perdeu o controle
da moto caindo no chão; QUE a vítima foi socorrida pela
ambulância municipal de Riacho dos Cavalos, que a levou para o PSF
I no Bairro José Américo em Riacho dos Cavalos-PB onde realizou
uma sutura na cabeça e posteriormente foi transferida para o
Hospital Regional de Sousa, onde o médico observou na vítima uma
fratura no pé direito. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 26 de março de 2018. Às 15:57 horas.


 Notificante Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL -
Matrícula: 168.447-7

PUB/SEC/EM/ET

DOCUMENTO ORIGINAL

11 SET. 2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA

CPF da Vítima

088.829.934-69

Data do Acidente

20/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

JOSE OLIVEIRA. ADVOGADO @ GMAIL.COM

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(83) 99660-2901

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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Riacho dos Cavalos/PB 13 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL.001 V001/2017

11 SET. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

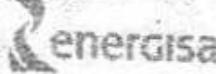
DOCUMENTO ORIGINAL

SUS ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 00065927															
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES ENDEREÇO: RUA : JOSÉ FACUNDO DE LIRA - SIN : GATO PRETO CEP: 58.008-005 CNPJ: 08.771.268/0027-48 MUNICIPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBA UF: 25																	
DADOS DO PACIENTE NOME: ROSANA TEODORO DE SOUSA PRONT.: 00038522 SEXO: F DN - IDADE: 28/05/1987 - 30 A 9 M 27 D RACA / COR: PARD MÃE: RITA FRANCISCA DE SOUSA OCUPAÇÃO: NATURALIDADE: RIACHO DOS CAVALOS - PB DOCUMENTO: ENDEREÇO: RUA - JOSE PEREIRA DE SOUSA - SN - CENTRO COMPLEMENTO: CONTATO: (83) 99650-5992 MUNICIPIO: RIACHO DOS CAVALOS CEP: 58.670-000 ESTADO: PARAIBA CODIGO DO MUNICIPIO: 251280 DATA: 21/03/2018 09:39:37 REGISTRADO POR: Jose.Jabro																	
CARÁTER DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES OU ENVERNENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS																	
CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO PESO TEMPERATURA PRESSÃO																	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <i>Verba de paciente</i> <i>Verba de paciente</i> <i>Verba de paciente</i>																	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CRM <i>Medicamento feito</i>																	
DIAGNÓSTICO <i>Medicamento feito</i>																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">MEDICAÇÃO</th> <th colspan="2">DIAGNÓSTICO</th> </tr> <tr> <th>PRESCRITA</th> <th>ENCAMINHAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> APPLICADA</td> <td><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ÓBITO</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> </tbody> </table>				MEDICAÇÃO	DIAGNÓSTICO		PRESCRITA	ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> APPLICADA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL		<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS
MEDICAÇÃO	DIAGNÓSTICO																
	PRESCRITA	ENCAMINHAMENTO															
<input type="checkbox"/> APPLICADA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA															
	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL															
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS															
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CRM <i>Medicamento feito</i>																	
ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - CARIMBO <i>Antônio Francisco da Silva - CRM 11.198-81</i>																	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)	CNS	CBO	CRM														
ASSINATURA DO ACCOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL	OU POLIGLÂTIDE DIREITO																
<i>Roberminha Telesco de Souza</i>																	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO																	
<i>Roberminha Telesco de Souza</i>																	

11 SET. 2018



ROBIVANIA TEODORO DE SOUSA
RUA JOSE PEREIRA DE SOUSA, 59 - JOSE ANERICO
RADIO DOS CAVALOS - CEP: 58970000 (AD-246)



Emissão: 23/03/2016 - Referência Fev/2016
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Planta: 14 - 248 - 405 - 9480 N medidor: 00009554104

ENERGISA MINAS-DISTRIBUIDORA DE ENERGISA
B1205, Km 20 - Cidade Três Corações - MG - CEP 38071-080
CNPJ 39.095.183/0001-40 - Mat. Est 16.015.823-0

Nova Fazenda/Cidade de Energia ELETROMG 500 000
CNA para Dab. Automatizada: 500 16312027

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2016	22/02/2018	23/03/2018	88829003489 INC-EM

UC (Unidade Consumidora):

5/1631202-7

Canal de contato

- Ligue sempre no dia útil entre 7h e 19h de segunda a sexta-feira. Não é à noite e sábado. Obrigatório o uso de máscara.
- Entre em contato com a agência mais próxima ou pelo telefone 16312027. Ministério da Saúde.
Coronavírus

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Data	Leratura	Data	Leratura	
------	----------	------	----------	--

|--|--|--|--|--|

CGC - Descrição	Ajustado	Tarifa	Valor Faturado	Valor do Imposto	Valor da Taxa	Valor da Multa	Valor da Sancão
-----------------	----------	--------	----------------	------------------	---------------	----------------	-----------------

0001 - Consumo em kWh	99.000	0,72030	71,80	71,80	0,00	0,00	0,00
-----------------------	--------	---------	-------	-------	------	------	------

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0007 - CONTRIBUÇÃO LUMINÁRIA	19,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
------------------------------	-------	------	------	------	------	------

0004 - JUROS DE MORA 01/2018	0,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
------------------------------	------	------	------	------	------	------

0005 - MULTA 01/2018	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
----------------------	------	------	------	------	------	------

0006 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018	9,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
--------------------------------------	------	------	------	------	------	------

CCD Código de Classificação do item TOTAL 87,02 71,80 17,82 71,80 3,80 3,70

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

01/03/2018 RS 87,02

Histórico de Consumo (kWh)
119 | 132 | 94 | 88 | 127 | 96 | 119 | 128 | 140 | 77 | 73 | 112
Fev/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18

RESERVADO AO FISCO
3251.806e.2a15.0b98.4058.8fbd.def3.adf.

11 SET. 2018

Indicadores de Qualidade		Composto(s) de Consumo	
--------------------------	--	------------------------	--

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Desempenho	Valor (R\$)	%
DC-MENSAIS	8,27	0,00	Alívio de Dif. da Energia/FB	18,15	21,85
DC-TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL	Alívio de Dif. da Energia	27,10	32,47
DC-ANUAL	26,05	220	Serviço de Interrupção	2,00	2,31
FC-TRIMESTRAL	84,7	0,00	Encargos Fiscais	5,10	5,81
FC-ANUAL	13,10	CONTRATÍCIA	Impostos Gerais e Encargos	26,04	32,71
DMC	3,71	LIMITE INFERIOR	Outros Serv. 018	0,00	0,00
DIFR	17,22	LIMITE SUPERIOR	Total	87,02	100,00

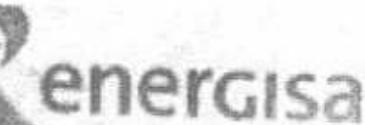
Vídeo do BII D (Rit. 12/2017) R\$ 20,67

ATENÇÃO

Notícias em Atualizado

REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
RUA JOSEFA CLÍNICA DA CONCEIÇÃO, S/N - JOÃO AMÉRICO
PIACHÓ DOS CAVALOS/FB CEP: 58070-000 (AG: 246)

Classe/Subcls: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 14 - 246 - 405 - 5090
Referência: Fev/2017
NP medidor: 00008662224
Emissão: 20/02/2017



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br290, Km 25 - Cidade Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 58071-080
CNPJ: 09.006.183/0001-40 - Içaz Est: 16.115.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°001 111 601
Código para Débito Automático: 00017130716

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1713076-6

Fev/2017

Canal de contato

Apresentação

20/02/2017

Data prevista da
próxima leitura

23/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Consumidor: REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
Frequencia: 1 vez a cada mês de consumo.
Prazo para efetuar pagamento da fatura: 01/08/2018 - IN 010 010 716

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br290, Km 25 - Cidade Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 58071-080
CNPJ: 09.006.183/0001-40 - Içaz Est: 16.115.823-0

DADOS DO CLIENTE

REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
RUA JOSEFA CLÍNICA DA CONCEIÇÃO, S/N
PIACHÓ DOS CAVALOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1713076-6

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2018

25/07/2018

6

01/08/2018

R\$ 32,39

Acesse: www.energisa.com.br



REGINALDO VIEIRA DE FREITAS

Notificação: 51-246-403-3646

CONTA/PAGA - Data de Pagamento: 03/08/2018

VENIMENTO TOTAL A PAGAR DATA PAGAMENTO
NOTIFICAÇÃO PAGAMENTO

11 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>

Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 043.494.194 / 94, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.829.934 / 69, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.829.934 / 69, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 JOSEFA OLINDINA DA CONCEIÇÃO</u>	S/N	
<u>JOSÉ AMÉRICO</u>		CEP
<u>RIACHO DOS CAVALOS</u>	<u>PB 58.870-000</u>	
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>JOSE OLIVEIRA. ADVOGADO@GMAIL.COM</u>	(83) 99696-4240	(83) 99660-2903

RIACHO DOS CAVALOS/PB, 13 de AGOSTO de 2018
Local e Data

João Bruno Queiroga de Oliveira
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO FRANCISCO DE FREITAS

RG nº 7.152.802, data de expedição 01/10/1985
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 752.722.614-53, com
domicílio na cidade de Catolé do Rocha, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
pedro de Freitas, nº 51x,
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 ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA, cujo o condutor era
ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA.

Veículo: PAS / MOTONETA / NÃO APLIC

Modelo: HONDA / BIZ 125 ES

Ano: 2009

Placa: NPV 5235 / PB

Chassi: 9C2JCH2209R062874

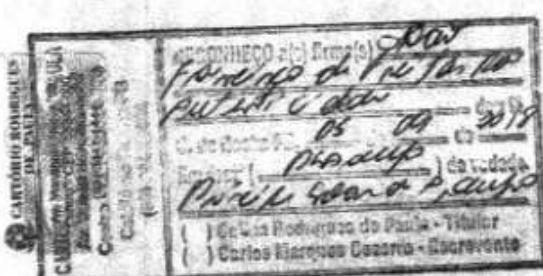
Data do Acidente: 20/03/2018

Local e Data: RIACHO DOS CAVALOS/PB, 13/08/2018

João Francisco de Freitas

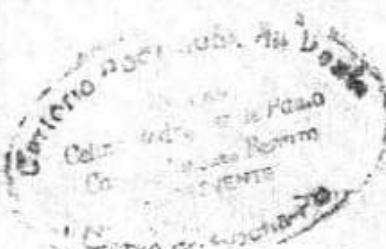
Assinatura do Declarante

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



Priscila Soares de Araújo
Encarregada

Selo Digital: AHL75129 - 5FFS
Consulte a autenticidade em:
<http://selodigital.tpb.jus.br>



DOCUMENTO ORIGINAL

11 SET. 2018



MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS


SUS
 SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 8000063927

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS
HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE AURANTE

ENDERECO RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - SIN - GATO PRETO
 CEP: 58.800-005 CNES: 280453-7 CNPJ: 08.778.268/0027-48
 MUNICIPIO: SOUTO, SOUSA ESTADO: PARÁ UF: 25

DADOS DO PACIENTE
NOME: ROSANA TEODORO DE SOUSA
 SEXO: F DN - IDADE: 25/05/1987 - 30 A 9 M 27 D
MÃE: RITA FRANCISCA DE SOUSA
NATURALIDADE: RIACHO DOS CAVALOS - PB
CNS: 702907596952472 CPF:
ENDERECO: RUA - JOSE PEREIRA DE SOUSA - SN - CENTRO
COMPLEMENTO: CONTATO: (84) 99650-5992
MUNICIPIO: RIACHO DOS CAVALOS CEP: 58.670-000 ESTADO: PARÁ
CÓDIGO DO MUNICIPIO 251280 DATA: 21/03/2018 09:19:37 REGISTRADO POR: Jose.Fabio
 CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO PESO TEMPERATURA PRESSÃO

PRONT.: 00036522 RACA / COR: PARD
 OCUPAÇÃO: SUSPENSAO:

DOCUMENTO:



CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO
- 02 - URGÊNCIA
- 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO	
<i>Malta</i>	<i>do lado do peito</i>
<input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO
<input type="checkbox"/> PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO
<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL
<input type="checkbox"/> OUTROS	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - CARIMBO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Uma vez que a paciente
estava com dor no lado
esquerdo do peito
ela foi levada para o pronto
socorro da Santa Casa de
Manaus.

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

OU PÓLEGAR DIREITO

11 SET. 2018



RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Stefálio Agripa

Stefálio para os seguintes fins
que - Hosiania. Teve o seu nf
Gouza foi afundada. Nesta
Unidade de Gouza no 2003/0
com C1210. S. 420-5123. Tendo
600 transferida para II.
Atendimento hospitalar no
dia 21.03/0.

B C 061
24.10.11
DATA

Dr. Juválio Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3388
CPF: 160.365.304-04

PROFISSIONAL

DOCUMENTO ORIGINAL

26 OUT. 2018





INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
SABI - Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
Laudo Médico Pericial

Página 1 de 1

03/04/2019 07:18:35

Requerente: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Sexo: Feminino

Nasc.: 25/05/1987

NB: 625.151.109-9

Est. Civil:

RG.: 00003053482

Nº Requer.: 192163226

Ocupação:

Emissão.:

Data Exame: 05/12/2018

Ordem: 1.00

Benefício:

AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

Inicio da Doença: 20/03/2018

Cessação do Benefício: 20/06/2018

Inicio da Incapacidade: 20/03/2018

CID: S922

Fratura de outros ossos do tarso

História:

Requerente recepcionista, desempregada, refere ter sofrido acidente de moto em 20/03/2018, com fratura em pe D e TCE, em tratamento conservador. Atualmente sem queixas. Apresentou atestado médico emitido em 20/03/2018, por Dr. Ivaldo Lima (CRM-PB 3388), com CID10 S92.2/S92.3.

Considerações:

Houve incapacidade laborativa por 90 dias.

Exame Físico:

Consciente, orientada, afebril, eupneica, acianótica, anicterica, com boa perfusão periférica e bom estado geral.
Marcha livre. Sem dificuldade para sentar e levantar-se.
Sem outras alterações dignas de nota ao exame médico pericial.

04 ABR. 2019

Ac. do Trabalho: NÃO Encam. à Reab. Profissional: NÃO
Espécie de Nexo:
Isenção de Carência: SIM
Auxílio Acidente: NÃO Sug. de Apos. por Invalidez: NÃO
Vistoria Técnica:

Resultado: Existiu incapacidade laborativa.

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 15

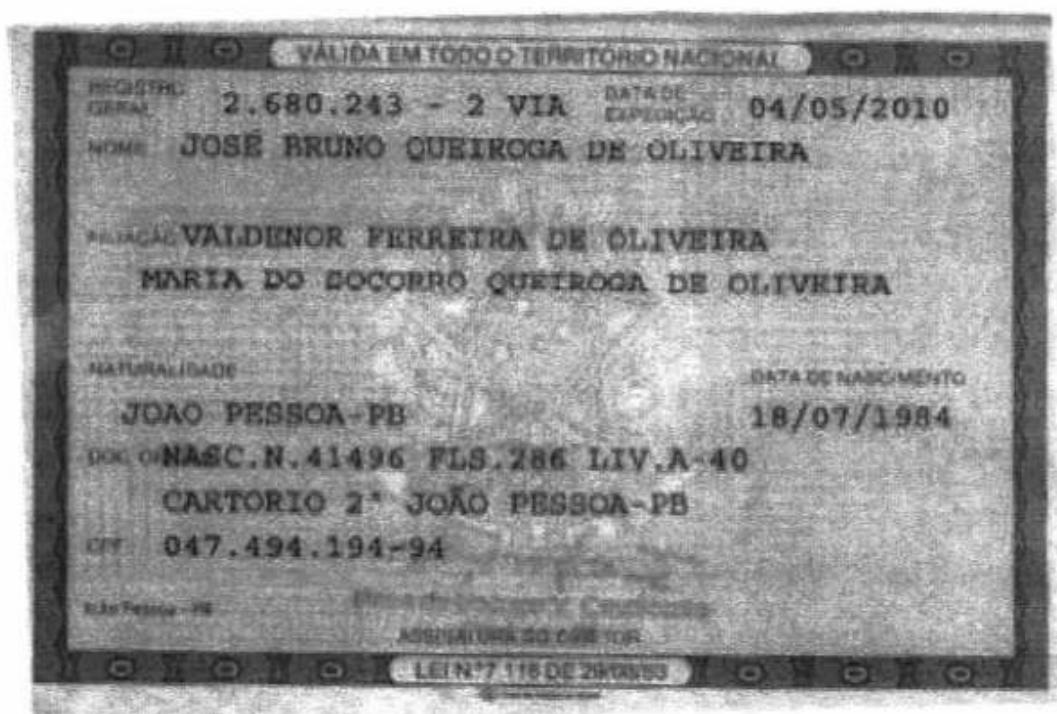


11 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 16



11 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 17

11 SET. 2018

DENATRAN

MÍNISTÉRIO DAS CIDADES

ESTADO DO CEARÁ - MINISTÉRIO DAS CIDADES
AUTOMÓVEIS DE PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS
TRANSPORTADAS OU NÃO SÉRIE OFICIAL

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: **DETAN** **DATA:** **2015130004230-6**
EXERCÍCIO: **2015**

JOAO FRANCISCO DE FREITAS
NOME:
00000000000000000000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
[WWW.DPVATSEGURODETRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br)
SAC DPVAT 0800 022 1204

PLACA: **NPV5235/PB**

PB N° 011545693301

BILHETE DE SEGURO DPVAT

Nº 011545693301
RENAVAM: **00147308666**
ANO FAB.: **2009**
ANO MOD.: **2009**

CPF / CNPJ: **75272261453**
EXERCÍCIO: **2015**
DATA EMISSÃO: **28/05/2015**

RENAVAM: **9C2JC42209R062874**
ANO FAB.: **2009**
ANO MOD.: **2009**

PLACA: **NPV5235/PB**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

JUN-2014

Num. 36282146 - Pág. 18

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>

Número do documento: 20110510590911100000034641555



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180420134 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3180420134 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3180420134 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
 - LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
 - EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
- NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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



DOCUMENTO ORIGINAL

J
JOSE BRUNO Q. DE OLIVEIRA
AUTORIDADE E CONSULTORIA JURÍDICA
Bairros: 18.817

11 SET. 2018

PROCURAÇÃO

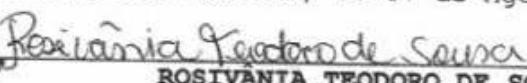
OUTORGANTE: ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA, brasileira, em união estável, profissão agricultora, inscrita no CPF sob o nº 088.829.934-69, RG nº 3.053.482, endereço eletrônico rosivaniavaninhasousa@gmail.com, residente e domiciliado na Rua José Pereira de Sousa, s/n, Bairro José Américo, na cidade de Riacho dos Cavalos, CEP.: 58.870-000.

OUTORGADO: DR. JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 18.817, com escritório profissional na Av. Josefa Olindina da Conceição, s/n, José Américo, Riacho dos Cavalos/PB, CEP 58870-000.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Riacho dos Cavalos, PB 07 de Agosto de 2018.


ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA

Outorgante

SERVIÇO NOTARIAL
e REGISTRAL

Av. Josefa Olindina da Conceição, s/n, José Américo, Riacho dos Cavalos/PB, CEP 58870-000
joseoliveira.advogado@gmail.com
Contato (83) 9 9660-2901



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330953/18

Número do Sinistro: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

CPF: 088.829.934-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/03/2018

Titular do CPF: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 26/10/2018
Nome: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA
CPF: 047.494.194-94

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 23

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330953/18

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

CPF: 088.829.934-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/03/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Titular do CPF: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA : 047.494.194-94

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

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA : 088.829.934-69

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: 11/09/2018
Nome: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA
CPF: 047.494.194-94

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 24

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330953/18

Número do Sinistro: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

CPF: 088.829.934-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/03/2018

Titular do CPF: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 04/04/2019
Nome: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA
CPF: 047.494.194-94

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 25

Banco Bradesco

VIA DO CLIENTE

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
CANDIDO CAETANO CARNEIRO
RUA VINTE E OITO DE DEZEMBRO 18
TERM.NET-ISO 00012540 DATA 14/08/2018
DATA:14/08/2018 HORA DE BRASILIA:09:37

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

ROSTIVANIA TEODORO DE SOUSA 09:37HR
AGENCIA 5774 CTA 0561917-3 14/AGO/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL

+ CONTA FACIL (C/C + POU)

11 SET.2018

TOTAL DE RECURSOS

SALDO DISP. P/INVEST.

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL (C/C +

-----JULHO 2018-----

DIA HISTORICO N. DOCTO

13 SALDO ANTERIOR

25 RENDIMENTOS 2583715

POUP.FACIL-DEPOS A PARTIR 4

GASTO C CREDITO 3999206

S A L D O.....

31 TRANSF.AUT. C/C 5774354

JOSENILDO ALMEIDA DA SILVA



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHO DOS CAVALOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

PACIENTE

ATPOSTADO MÉDICO

ATPOSTO PARA OS SINTOMAS FOLHOS
FICOU DE ROSIVANNE TRIGOESER
BOUBA FOI ATPOSTADA NESTA
UNIDADE, SOUZAP NO DIA 20/03/18.
COM POLTRONA E ASSISTÊNCIA REALIZADA
SUA CONSULTA FICOU NO DIA 06/04/2018
CURIOSOS DAS SUAS UNHAS. AT.
TILDO BX. PÉ ORIGEM 13/04/18
COM FRATURAS. JEV. OUTRAS.
ATENDIDA. PENA DIFÍCIL
VISITAS

20.03.18.

DATA

PROFISSÃO:

Dr. Valdo Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

11 SET. 2018





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHO DOS CAVALOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTUÁRIO
INDIVIDUAL



UBS: I

Prontuário N° 603 558

Ano: 2015 -

Nome: Rosilene Teodoro de Sousa

Sexo: F -

Endereço: Rua Epitácio Páes

Nome da Mãe: Rita Francisca de Sousa

Nome do Pai: Raimundo Teodoro Sobrinho

Data de Nascimento: 25/05/1987 Cartão SUS: 1607883284000061

Ocupação: Agricultora

ACS: Paulo Léon

DATA	TIPO DE ATENDIMENTO: Diagnósticos, Consultas, Visitas, Prescrições, Exames	ASSINATURA E CARIMBO
15/10/15	instante vivo para consulta, não relatou queixas, trouxe exames, tudo dentro das normalidades gestacional.	Nanete A. V. C. Vilela Enfermeira COREN: 338497 - ENF.
20/10/15	1º TTF com fspj no Pf. 2º TTF e 1º WTT no couro aberto	
03/11/15	HJA TTF (mu. IS) NJPC 2º TTF (mu. IS) NJPC couro aberto PC 10WTF MU TOCICETA	
11/11/15	HJ - FRATURA DE 2 DENTES F fissura rotura (couro aberto) couro aberto	26 OUT. 2018
05/12/15	CJ - TRAUMA FERIDA APENAS FERIDA couro aberto	DOCUMENTO ORIGINAL
		Dr. Mário Washington de Lima Médico - CRM/PB: 3388 CPF: 160.365.304-04



L-Spine: AP

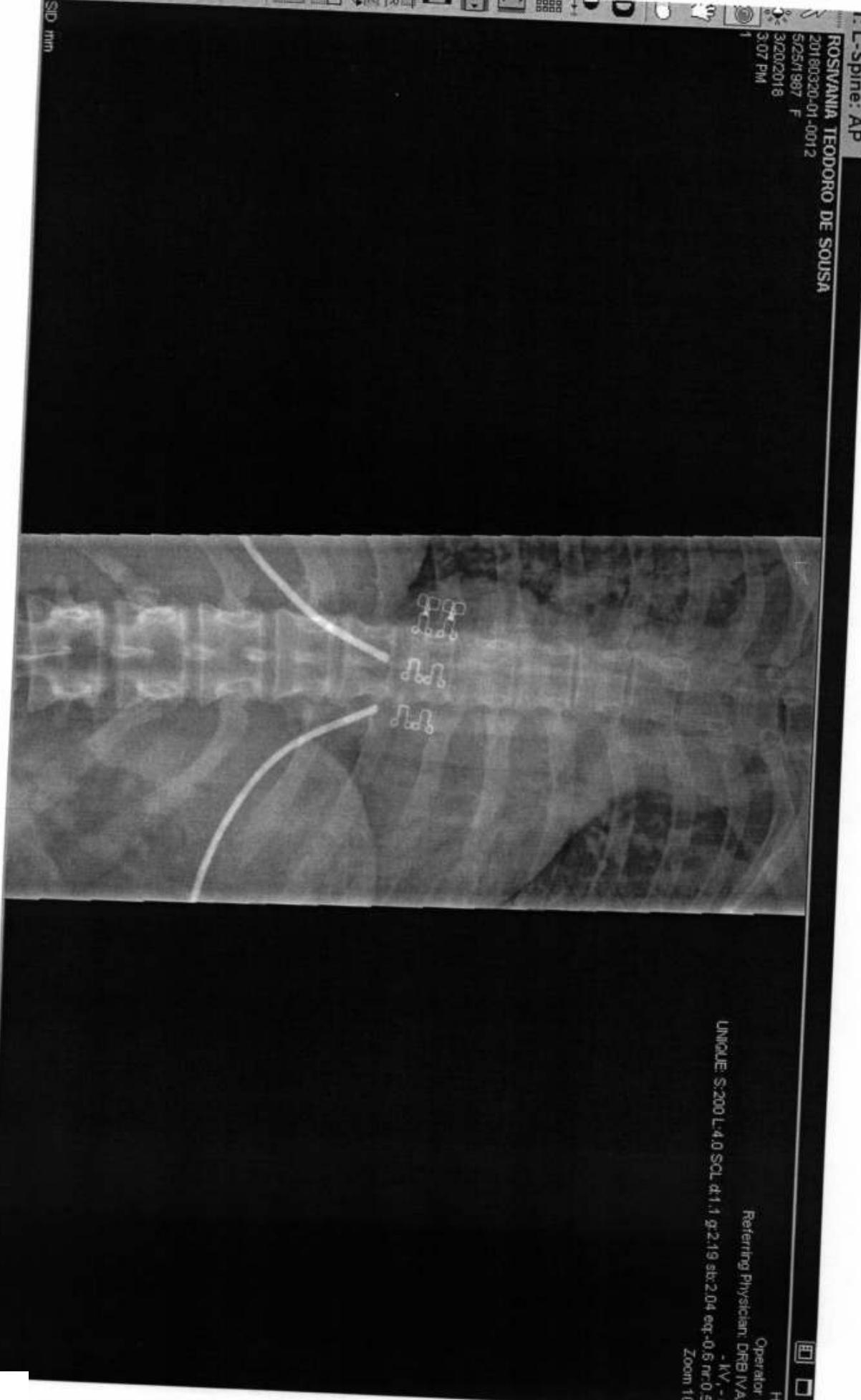
ROSIANA TEODORO DE SOUSA

20160320-01-0012

52571987 F

3/20/2016

3:07 PM



UNIQUE:

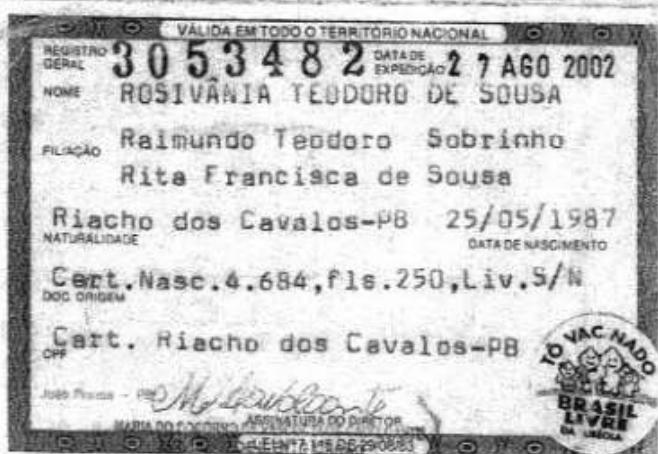
S.200 L4.0 SCL d1.1 g2.19 sb2.04 eq-0.6 nr0.52

Zoom 100%

Refering Physician: DRB VALD
Operator: HR
- KV, - m

SD mm

04 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 30



Selo Digital: AHE82664 - VOTS
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Conheço a(s) Firme(s), reto de
Rosângela Guedes da Cunha
por Autenticação dou fé
Riacho dos Cavalos/PB 14 de 08 de 2018
Em Test^o (affy) da verdade
Maria de Fátima Feitosa Vaz
OFICIALA
Maria de Fátima Feitosa Vaz
Oficiala do Registro Civil
Riacho dos Cavalos-PB



DOCUMENTO ORIGINAL

11 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

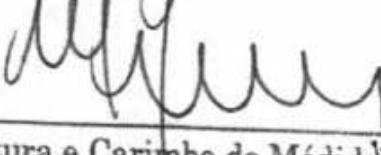
Num. 36282146 - Pág. 31



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
Rosilva Meira Teles dos Santos,
portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo
portador da afecção CID - 10 5.122-5923.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativa por um período de 60 (sessenta)
dias, a partir desta data.

Riacho dos Cavalos - PB, 20/03/18


Assinatura e Carimbo do Médico Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

11 SET. 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável



: L-Spine: AP

ROSEVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

52591987 F

3/20/2018

3:09 PM

UNIQUE S:200 L:4.0 SCL d:1.1 g:2.19 sb:2.04 exp:-0.6 nr:0.52

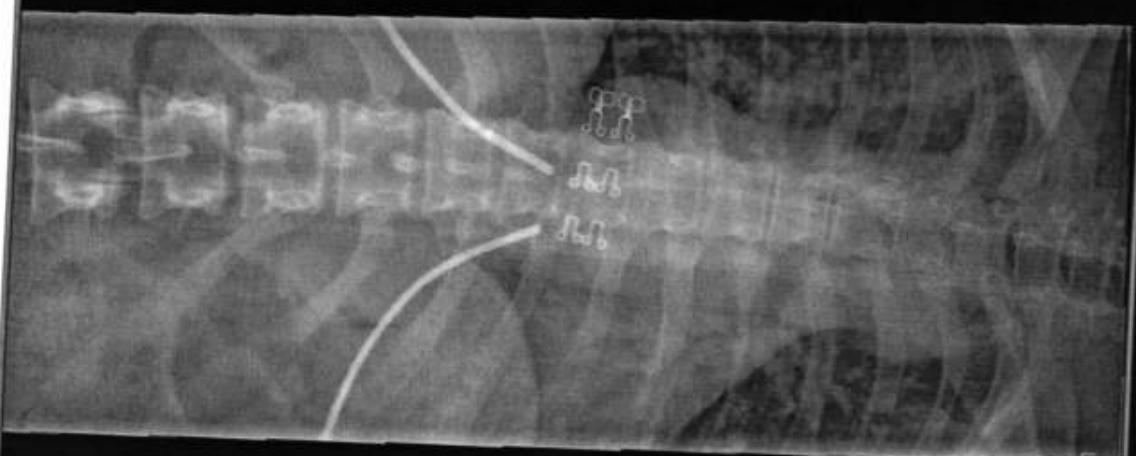
Operator

- KV - m

Zoom

10

SD mm



04 ABR. 2019

04 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 34

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHO DOS CAVALOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

PACIENTE

ATPOSTADO MÉDICO

ATPOSTO PARA OS SINTOMAS FOLHOS
FICOU DE ROSIVANNE TRIGOESER
BOUBA FOI ATPOSTADA NESTA
UNIDADE, SOUZAP NO DIA 20/03/18.
COM POLTRONA E ASSISTÊNCIA REALIZADA
SUA CIRURGIA FICOU NO DIA 20/03/18
CURIOSOS DAS SUAS UNHAS. AT.
TILDO BX. PÉ GIGANTESCO 13041120
COM FRATURAS. JEG. OMBROS.
ATENDIDA. PENA D'USPICE
YBTS. 16/03

20.03.18.

DATA

PROFISSÃO:

Dra. Valdo Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

11 SET. 2018



: L-Spine: Lateral

ROSVANIA TEODORO DE SOUSA

20160320-01-0012

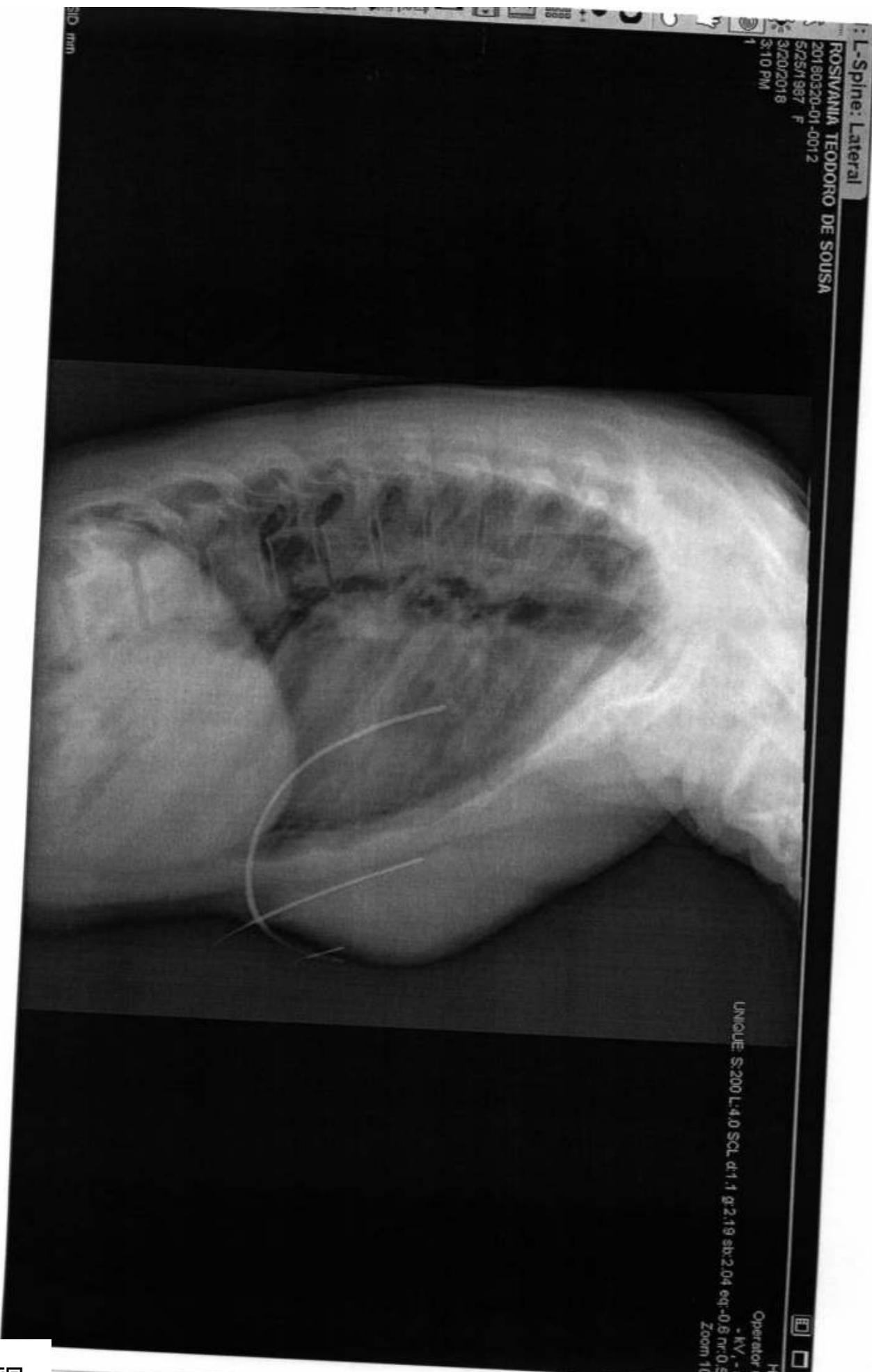
5251987 F

3/20/2018

3:10 PM

UNIQUE: S200 L4.0 SCL d1.1 g2.19 sb:2.04 eq:-0.6 nr:0.54

Operator: u
kV: - m
Zoom: 10



04 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 36



ATESTADO MÉDICO

Rosilva Meira Teles dos Santos,
portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo
portador da afecção CID - 10 5.122-5923.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativa por um período de 60 (sessenta)
dias, a partir desta data.

Riacho dos Cavalos - PB, 20/03/18

[Signature]
Assinatura e Carimbo do Médico Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

11 SET. 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável



04 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 38

:Ankle: AP

ROSVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012
5251887 F
3/20/2018
3:15 PM

L
UNIQUE: S200 L40 FB d1.74 g3.09 sb4.58 eq1 nr0 dc3.
Operator us
- kV, - m
Zoom 100%



04 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:59:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510590911100000034641555>
Número do documento: 20110510590911100000034641555

Num. 36282146 - Pág. 39

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHO DOS CAVALOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

PACIENTE

ATPOSTADO MÉDICO

ATPOSTO PARA OS SINTOMAS FOLHOS
FICOU DE ROSIVANNE TRIGOESER
BOUBA FOI ATPOSTADA NESTA
UNIDADE, SOUZAP NO DIA 20/03/18.
COM POLTRONA E ASSISTÊNCIA REALIZADA
SUA CIRURGIA FICOU NO DIA 20/03/18
CURIOSOS DAS SUAS UNHAS. AT.
TILDO BX. PÉ GIGANTESCO 13041120
COM FRATURAS. JEG. OMBROS.
ATENDIDA. PENA D'USPICE
YBTS. 16/03

20.03.18.

DATA

PROFISSÃO:

Dr. Valdo Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

11 SET. 2018





ATESTADO MÉDICO

Rosilva Meira Teles dos Santos,
portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo
portador da afecção CID - 10 5.122-5923.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativa por um período de 60 (sessenta)
dias, a partir desta data.

Riacho dos Cavalos - PB, 20/03/18

[Signature]
Assinatura e Carimbo do Médico Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

11 SET. 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável

