



Número: **0801185-82.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **25/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONALDO SOARES DA SILVA (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35843315	23/10/2020 15:15	Petição	Petição
35843317	23/10/2020 15:15	2578653_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_04	Outros Documentos
35843320	23/10/2020 15:15	2578653_JUNTADA DE DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
35843950	23/10/2020 15:15	2578653_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01	Outros Documentos
35843334	23/10/2020 15:15	2578653_JUNTADA_DE_DOCS_04	Outros Documentos

EM ANEXO





				Nº DA CONTA JUDICIAL	
				2700112638288	
Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)	
0		11/08/2020		3331	
DATA DA GUIA		Nº DA GUIA		TIPO DE JUSTIÇA	
11/08/2020		2578653		ESTADUAL	
		Nº DO PROCESSO		TRIBUNAL	
		08011858220198150001		TRIBUNAL DE JUSTICA	
COMARCA		ORGÃO/VARA		DEPOSITANTE	
CAMPINA GRANDE		7 VARA CIVEL		RÉU	
				VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
NOME DO RÉU/IMPETRADO				200,00	
				TIPO DE PESSOA	
				Jurídico	
				CPF / CNPJ	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE				CPF / CNPJ	
RONALDO SOARES DA SILVA				87246368434	
				TIPO DE PESSOA	
				Física	
				CPF / CNPJ	
				87246368434	
				AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA	
				8A7683B3A155C454	
				CÓDIGO DE BARRAS	



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RONALDO SOARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180250226**

Vítima: **RONALDO SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **07/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180250226**.

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.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

Carta nº 12910655

Pag. 00491/00492 - carta_01 - INVALIDEZ

00030246



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RONALDO SOARES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180250226**
Vítima: **RONALDO SOARES DA SILVA**
Data do Acidente: **07/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180250226**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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.

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

Pag. 00389/00390 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12910964





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, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RONALDO SOARES DA SILVA

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. 00409/00410 - carta_04 - INVALIDEZ

00040205



Carta nº 13783258



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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

872.463.684 - 34

RONALDO SOARES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RONALDO SOARES DA SILVA	CPF titular da conta 872.463.684-34	Profissão RECLAM
Endereço R. JOSÉ ALVES SOBRINHO	Número 133	Complemento
Bairro JARDIM TAURÉIS	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PARAIBA
Email bolbinosca@hotmail.com	CEP 58.103-005	Telefone (DDD) (31) 99829-8855

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0737** D/V **3**
(Informar dígito se existir)

CONTA NRO. **00039031** D/V **3**
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO NRO. **COMPREV** NRO. **COMPREV**
AGÊNCIA NRO. **COMPREV** D/V **COMPREV**
(Informar dígito se existir)

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

30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAMPINA GRANDE 13 de MAIO de 2018
Local e Data

Ronaldo Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00153.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 07/02/2018

Hora: 11:36:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Franklin Araújo, Alto Branco, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Ronaldo Soares da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Terezinha Soares da Silva e Francisco Soares da Silva

Idade: 45

Data de Nascimento: 07/10/1972

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Motoboy

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 872.463.684-34

Endereço: Rua José Alves Sobrinho, 133, Jardim Tavares, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98642-6701

TESTEMUNHA

Nome: Walfredo Moreira dos Santos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Severina Pereira dos Santos e Alfredo Moreira dos Santos

Idade: 44

Data de Nascimento: 19/07/1973

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

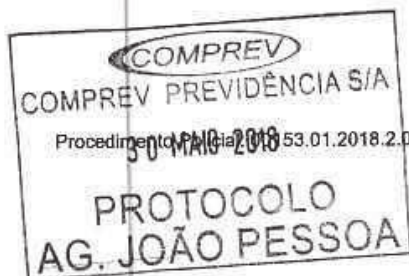
Profissão: Pintor

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 929.956.164-87

Endereço: Rua Félix Carolino Barbosa, 364, Alto Branco, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98894-1569



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



TESTEMUNHA

Nome: Alex Soares da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Luzinete Soares dos Santos e Antonio Vidal da Silva
Idade: 27 Data de Nascimento: 29/09/1990 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Vendedor
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 090.973.974-99
Endereço: Rua Félix Carolino Barbosa, 364, Alto Branco, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98837-2352

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo NXR 160 BROS ESDD, tipo de veículo Motocicleta, cor branca, ano 2016, placa QFQ-4479, chassi 9c2kd0810gr409946, renavam 0106959491-9

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/NXR 160 BROS ESDD, Ano/Modelo 2015/2016, cor branca, Placa QFD-4479-PB, Chassi de Nº 9C2KD0810GR409946, licenciada em nome de L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME, quando trafegava na rua Franklin Araújo, bairro do Alto Branco, momento em que a condutora de um Veículo Saveiro de cor branca, e demais sinais e condutor não identificado, avançou no cruzamento e colidiu na lateral da moto em que o comunicante pilotava, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Úmero do lado esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 15 de maio de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

Delegado(a) de Polícia Civil

Ronaldo Soares da Silva

RONALDO SOARES DA SILVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00153.01.2018.2.00.420

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 interdita 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

RONALDO SOARES DA SILVA

CPF da Vítima

842.463.684-34

Data do Acidente

07/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

RONALDO SOARES DA SILVA

CPF do Representante legal

842.463.684-34

E-mail

Bolhinhas@leiteiroil.com

Telefone (DDD)

(83) 99829-8855

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.

PARANÁ GRANDE/RS 18 de MAIO de 2018

Local e Data

Ronaldo Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

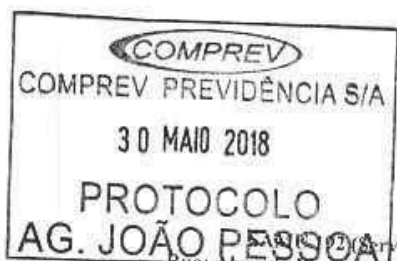


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/2/2018	HORA: 11:36 HS	ID Nº: 1670830
NOME: RONALDO SOARES DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - FRANKLIN ARAUJO - ALTO BRANCO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 27 de abril de 2018.




SUPERVISOR

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Rua Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RONALDO SOARES DA SILVA

RG nº 1612 417, data de expedição / / , Órgão SSP/PB,

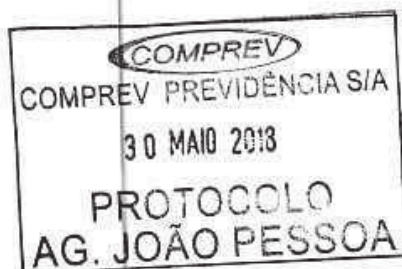
CPF nº 842.463.684 - 34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>JOSE ALVES SOBRINHO</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JARDIM TRINCES</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBÁ</u>
CEP	<u>58.103 - 605</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99829-8855</u>
E-mail	<u>Balthinecga@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE/PB 18/05/2018

Assinatura do Declarante: Ronaldo Soares da Silva



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JAGUARIBE
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

11289139

REFERÊNCIA

MAI/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AMARA SANTANA DA SILVA
RUA JOSE ALVES SOBRINHO, 133 - JD TAVARES CAMPINA
GRANDE PB 58103-005

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.026.040.0050.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N726541	02/12/2013	INTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIA	PROXIMA LEITURA		
1074	1091	17	30	02/06/2018		
HIST. DE CONS./ANOS: LEIT. QUALID. DA ÁGUA-TECRETO 2.014/2011-MS.						
ABR/2018	22	0	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES	
MAR/2018	18	0	TURBIDEZ	0	0	0
FEV/2018	22	0	CLORO	0	0	0
JAN/2018	24	0	COLIFORME	0	0	0
DEZ/2017	23	0	CCR	0	0	0
NOV/2017	17	0	CCR TOTAIS	0	0	0
MÉDIA(M)	21	DADOS REFERENTES A: MAR/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 03/05/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 06:15:38

DESCRIÇÃO	CONTUNO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	1 M3	34,23
ESGOTO		
ACRESCIMOS: MESSES: ANT. 11/2017-12/2017		3,40
JUROS DE MORA: 11/2017-12/2017		5,54

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,67 PIS E CONFINS (LEI 12.741/12)

VENCIMENTO: 16/05/2018

Total a Pagar:

R\$ 81,17



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/03/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

**CAGEPA**

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11289139	MAI/2018	16/05/2018	R\$ 81,17

826600000000 2 81170010018 3 01128913901 3 052018900013 6





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

L. Dias dos Santos & CIA LTDA –ME , registrada sob o número de CNPJ: 08.509.138/0001-22, com sede na Avenida Presidente Getúlio Vargas, 893, Prata, Campina Grande/PB, neste ato representada por sua sócia presidente, a Sra. Lindalva Dias dos Santos, portadora do RG: 233.352 – 2ª via SSP/PB, data de expedição em 07/01/2008 e CPF: 078.449.304-97, com domicílio nesta cidade, declara, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo identificado é de propriedade da empresa suprainformada, informa ainda que na data do acidente o veículo estava sendo conduzido pelo senhor Ronaldo Soares da Silva que sofreu lesões no ombro esquerdo conforme comunicação de acidente de trabalho (anexo) – CAT número 2018.047.945-8/01.

DADOS DO VEÍCULO:

Modelo: Honda NXR 160 Bros ESDD

Ano: 2015/2016

Placa: QFQ 4479/PB

Chassi: 9C2KDO810GR409946

Data do acidente: 07 de fevereiro de 2018

Campina Grande, 12 de abril de 2018.

Cartão do
1º Ofício

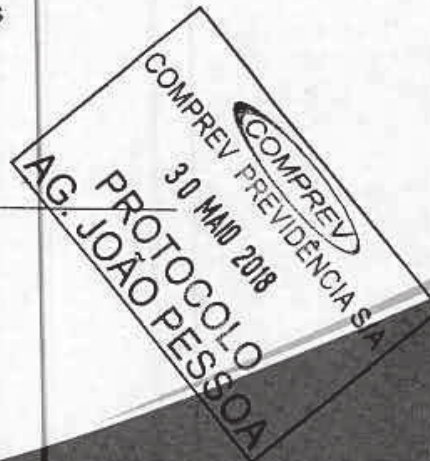
Lindalva Dias dos Santos

Assinatura do Condutor

CENTRAL DE ATENDIMENTO

(83) **2102.3232**

www.planodigna.com.br





1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-060
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.354-07 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS - Dou. fe. Campina Grande (PB) -
20/04/2018 - 10:21.

Em testemunho  da verdade.

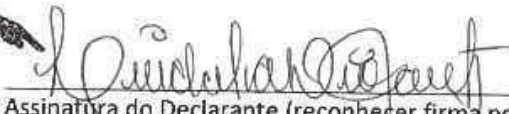
Selo Digital: AQM25011-8QVT - Consulte a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPJ.: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,28 IESON: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15
690e328ed936f47a04c369b4b231b125aac0e8



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LINDA DOS SANTOS E CIA LTDA - ME,
RG nº _____, data de expedição 1/1/, Órgão
_____, portador do CPF nº 08.509.138/0001-22, com domicílio na
cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na _____ (Rua/Avenida/Estrada)
AV. PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, nº 3013,
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
RONALDO SOARES DA SILVA, cujo o condutor era
RONALDO SOARES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Honda / NXR 160 Bros E 500
Ano: 2015 / 2016
Placa: QFG 4479 / PB
Chassi: 9C2KD0810GR409946
Data do Acidente: 07/02/2018
Local e Data: Campina Grande - PB 12-09-18



Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)


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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-200
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1282 - (83) 3321-1150
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por **AUTENTICIDADE** a firma de **078.449.304-22** Vidal de Negreiros, 70
LINDALVA DIAS DOS SANTOS Dou fe. Campina Grande (PB)
20/04/2018 - 10:21.
Em testemunho _____ da verdade.
Selo Digital: AQM25012-3G0C - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emcl.: R\$ 9,50 FEPJ.: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,26 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,13
91797ee23596e1cb1b5f0a619d8c4d3e4cf174a5

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lindalva Dias dos Santos,
RG nº 233.352, data de expedição 27/01/2008 Órgão
SSP, portador do CPF nº 078.449.304-97, com domicílio na
cidade de Campina Grande, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada)
FERNANDO FREITAS DE MELO, nº 290,
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
Ronaldo Soares dos Reis, cujo o condutor era
Ronaldo Soares dos Reis.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR-160 PROS ESD
Ano: 2015 / 2016
Placa: RFA-4479-PB
Chassi: 9C2K30810GR409946
Data do Acidente: 1 / 1
Local e Data: Campina Grande 14 de Novembro de 2018

Cartão do
1º Ofício

Lindalva Dias dos Santos
Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

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



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vitor do Regozinho, 30 - Centro - Campina Grande - PB, CEP 56.400-000
Fone/Fax: (33) 3331-2175 / (33) 3331-3305 / (33) 3331-1195

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a firma de **078.449.304-97 - LINDALVA DIAS DOS SANTOS**, Dou fe. Campina Grande(PB) - 14/11/2018 - 10:23. Selo Digital: AHN76797-HDU6.

Em testemunho do meu ofício da verdade.
Consulte a autenticidade em <https://sctodigital.apb.jus.br>
Emel.: R\$ 9,99 FEPJ.: R\$ 1,80 FAREM: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,54



and letters of friends
to the people of the
in the world.

17. 12. 47 (1947)

At 1/6
Landing for 1 hour
After 1 hour of flight

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-FB 8643

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs.

() Centro cirúrgico _____

() Internação (Setor) _____ () Alta hospitalar / () A revelia

() Transferência a outro SETOR do HOSPITAL _____ () Decisão Médica

() Óbito _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Ronaldo Soares										PRONTUÁRIO:	463	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:						
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐											

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
RE 02/17

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Rq ombro (E) / Perfil de escápula
Aular

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA: 07/05/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dra. Rossana Carabante
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4996 TEOT 8479

Carimbo e Assinatura do Médico

100. 002

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA
DATA DO EXAME: 07.02.2018

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura na grande tuberosidade do úmero, sem desvios.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

106

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Raiff R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A Cor
CRM/PB: 8620





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:											PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

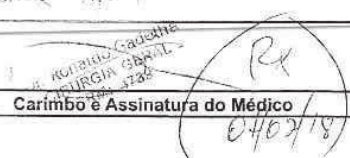
DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002



 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES											
NOME: <u>RENALDO SENA DA SILVA</u>										PRONTUÁRIO:					
IDADE:		SEXO: ☐ M ☐ F		COR: ☐ B ☐ P ☐ A		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	
DADOS CLÍNICOS: <u>Acidente no trânsito / Do no trânsito</u>															
MATERIAL A EXAMINAR:															
EXAMES SOLICITADOS: <u>- Rx de Ombro - Lado</u> <u>- Rx de Tornozelo - Lado</u>															
URGÊNCIA: ☐				ROTINA: ☐				DATA:							
HORA DA SOLICITAÇÃO:				Carimbo e Assinatura do Médico 											

MOD. 002


 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 MAIO 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SMU

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ronaldos Soares da Silva		
End:	Fel x Carolina Barbosa 203	Bairro:	Alto Branco
Data de Nascimento:	07.10.1972	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC de	Data do Atend.:	07.02.18
		Hora:	12:30
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Mo B

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

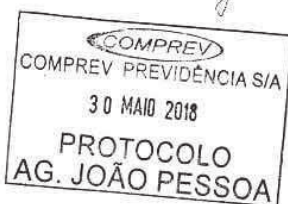
Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



27/02/2018

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1594136

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/02/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA

CEP: 58400002

Nascimento: 07/10/1972

Endereço: R. FELIX CAROLINO BARBOSA

Sexo: M

Telefone: 987469507

Cidade: Campina Grande

Idade: 045

Bairro: ALTO BRANCO

Nome da Mãe: TEREZINHA SOARES DA SILVA

RG: 1612417

Nº: 263

Responsável:

CPF: 87246368434

Profissão: MOTOBOY

Estado Civil:

Data de Atend: 07/02/2018

CNS: 708104831315310

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 12:29:28

CONVÊNIO: SUS

Médico:

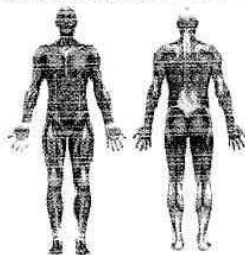
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrisão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Criação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Doença: Lesão por arma de fogo, contusão
no dor no peito e dor no abdômen, contusão
e hemorragia com dor no abdômen
e dor no peito.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: ☒ Etorreagentes ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: 15 PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

☐ Laboratoriais☐ Gasometria arterial☐ Tomografia Computadorizada☐ Ultrassonografia:☐ Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia às: Dia: / /

Especialista: / às: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Gadelha
Cirurgia Geral
CRM: 1246



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:15:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315154737700000034231901

Número do documento: 20102315154737700000034231901

Num. 35843320 - Pág. 23

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	R	O	N	A	-	D	-	S	C	A	R	E		PRONTUÁRIO:
IDADE:														
SEXO:	M	F												
COR:	B	P	A											
PESO:														
ALTURA:														
CLÍNICA:														
ENF.:														
LEITO:														

DADOS CLÍNICOS:

Acidente no carro / Do no carro

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx no Ombro etc
- Ex no Tórax Ap

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

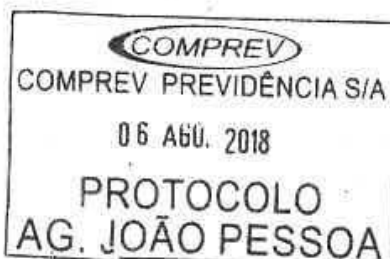
☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Notário: Gadelha
MARGIA GABRIEL
Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Moraes										PRONTUÁRIO:
IDADE:	30 anos										463
SEXO:	M	F	COR:	B	P	A	PESO:	ALTIMETRIA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

P - 5 de 6 exames (C7A7) Verificação

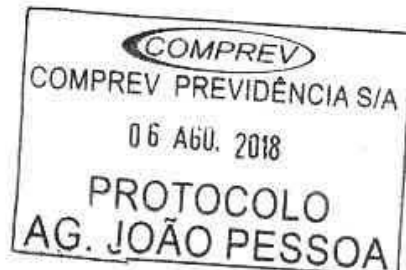
URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

HORA DA SOLICITAÇÃO:

MOD. 002

Carimbo e Assinatura do Médico



REQUISICÃO DE EXAMES

NOME:	Dionáudio Soares										PRONTUÁRIO:	463
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF:	LEITO:		
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐										

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
RE 02/17

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Do ombro (E) / Dupl de escápula
Anter

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

04/02/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Ruyana Cavalcante
Oncologia e Transmutação
CRM 1365 TEOT 8419

IOB. 002

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 AÇO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SAU

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ronaldos Soares da Silva		
End:	Felix carolina Bonfatti 253	Bairro:	Alto bonfatti
Data de Nascimento:	07.10.1972	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC de	Data do Atend.:	07.02.18
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	12:30
		Documento:	

Not

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúria de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

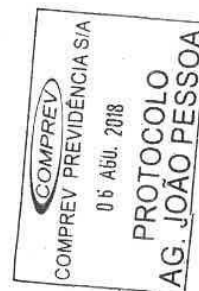
MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

curmyan

Assinatura e carimbo do profissional



Atendimento #

Exame clínico de Aclimatação
de novo operado com
com oclusão (C)Plt + de GP (inglês)
(sem dados)

CDI 1/2/2018

Ata de
procedimento
Ata de atendimentoDr. Wagner Falcão
ORTODONTISTA
CRM-PB 8643

DESTINO DO PACIENTE / / as : hs.

☐ Centro cirúrgico☐ Internação (setor)☐ Alta hospitalar /☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL☐ A revelia☐ Decisão Médica☐ Óbito

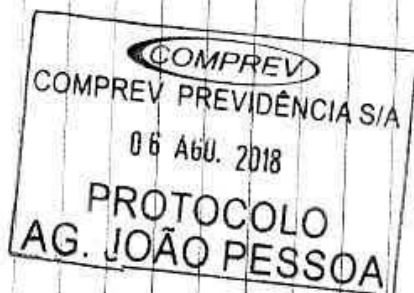
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA
DATA DO EXAME: 07.02.2018

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura na grande tuberosidade do úmero, sem desvios.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

106



Dr. Raiff R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Pêicles A Cos
CRM/PB: 8620

Handwritten signature/initials.





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Marcelo Gomes da Silva

foi atendido(às) hoje, às 15 (Quinze e cinco)
horas, necessitando de 95 (Quarenta e cinco)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S42

Campina Grande,

27/02/18

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Ronaldo Soares de

Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 07/02/18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: fx grande tuberosidade (R)

PROCEDIMENTO: Compensação

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

MOD. 120

07.03.2018 às 09:00
28.03.18 manhã 08:00
25.04.18 m 08:00

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Dr. Ronaldo Gonçalves

Vto. Dr.!

Lexomin - 100

Toradol 125

de 8/86

MOD. 001

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

27.02.13

Data

Médico





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

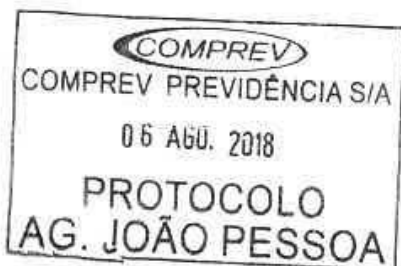


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/2/2018	HORA: 11:36 HS	ID Nº: 1670830
NOME: RONALDO SOARES DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - FRANKLIN ARAUJO - ALTO BRANCO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 27 de abril de 2018.




FRED ALEXANDRE D. NASCIMENTO
SUPERVISOR
SAMU 192 - CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

ASO Nº 253819

CNPJ: 08.509.138/0001-22

EMPRESA: L DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA

EXAME: RETORNO AO TRABALHO

Em observação ao subitem 7.4.1 da NR 7 e Portaria de Nº 24 de 29/12/1994, atestamos que o trabalhador(a) Sr(a) **RONALDO SOARES DA SILVA** (identidade Nº **1612417SSP/PB**) submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo descritos e encontra-se:



Apto



Apto (com restrições)



Apto (trabalho em altura)



Inapto

para exercer a função de **MOTOBOY**

RISCOS OCUPACIONAIS

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames	Data	Exames	Data
☐ Audiometria / Otoscopia	___/___/___	☐ Holter	___/___/___
☐ Avaliação Oftalmológica	___/___/___	☐ Mapa	___/___/___
☒ Eletrocardiograma	01-08-2018	☒ Acuidade Visual	01-08-2018
☐ Eletroencefalograma	___/___/___	☐ Avaliação Psicológica	___/___/___
☐ Espirometria	___/___/___	☐ Avaliação Cardiológica	___/___/___

Outros exames:

Obs: Os resultados dos exames realizados encontram-se no Prontuário Clínico do Trabalhador

OBSERVAÇÕES

Dr. Ademir Costa Wanderley
Médico do Trabalho
Registro na SSMT 10.247
CRM 353 - CPF 113.925.394-22

Médico(a) Examinador(a)

Médico Coordenador

Assinatura do Trabalhador

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Visto do MTB em ___/___/___

Agente de Inspeção

João Pessoa

Av. Camilo de Holanda, 1066 - Centro - (83) 3222 4544 | 3222 5149
Josefa Taveira, 1476 - Mangabeira - (83) 3222 5542 | 9 8602 8079

Campina Grande

Rua: Luiz de Melo, 42 - Prata - (83) 3201 0065 | 9 9905 1617



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:15:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315154737700000034231901

Número do documento: 20102315154737700000034231901

Num. 35843320 - Pág. 34



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

1/ Fomeles Gomez

Vto. Dr.

Loxoprofen — 120

T. 100mg, 12p

de 8/8h.

MOD. 001

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

27.02.13

Data

Médico



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
DETRAN - PB Nº 013748443047 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		PB Nº 013748443047 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
L A C R E 1 0106959491-9 00/00000000 2017		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME			
CPF / CNPJ 08509138000122		EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 07/11/2	
PLACA ANT 7 UP		PLACA QEQ4479/PB	
NOVO BB 9C2KD0810GR409946			
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL			
MARCA / MODELO HONDA/MXR160 BROS ESDD 2015 2016			
CAP / POT / CL 2 P/162 /OT CATEGORIA 1 DOB PREDOMINANTE			
COTA ÚNICA 00/00/0000			
VENG. COTA ÚNICA 1ª			
VENG. COTA ÚNICA 2ª			
VENG. COTA ÚNICA 3ª			
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PRÊMIO (R\$) *****		DETRAN (R\$) *****	
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****		CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	
KOF (R\$) *****		TOTAL EM R\$ (SE RESERVA) *****	
PRÊMIO TOTAL (R\$) *****		DATA DE PAGAMENTO 31/10/2017	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
LOCAL CAMPINA GRANDE - PB			
DATA 07/11/2017			
32875		22553	

Onde tem
CPF e nome
dos socios

pendo na
cópia legítima do contrato
- - - da empresa



**ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA
L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA
CNPJ: 08.509.138/0001-22
NIRE: 252 00453999**

Pelo presente instrumento, os signatários:

LINDALVA DIAS DOS SANTOS, brasileira, natural da cidade de Pocinhos-PB, solteira, empresária, nascida em 25/01/1953, portadora do RG 233.352 SSP/PB e do CPF n. 078.449.304-97, residente e domiciliada a Rua Fernando Barbosa de Melo, 290, Bairro Catolé, na cidade de Campina Grande-PB, CEP 58.410-440 e

JOÃO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA, casado com separação total de bens, nascido em 26/06/1989, brasileiro, natural da cidade Campina Grande-PB, Empresário, portador da cédula de identidade nº 3.243.174 SSDS/PB – 2ª via, CPF nº 078.073.914-05, residente e domiciliado na Rua Fernando Barbosa de Melo, 290, Catolé, Campina Grande-PB, CEP 58410-440,

RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA, brasileiro, natural de CAMPINA GRANDE/PB, Casado(a)em Regime de comunhão de bens, nascido em 01/06/1981; EMPRESÁRIO, portador do CPF sob o n.º 012.930.644-40, RG n.º 1613002 2A VIA expedido pela SSDS/PB, residente e domiciliada à AV RIO BRANCO, n.º 30, Bairro CENTRO, CAMPINA GRANDE/PB, CEP: 58400-052

únicos sócios componentes da sociedade empresária limitada, denominada de L.DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA, com sede na Avenida Presidente Getúlio Vargas, 893, Centro, Campina Grande-PB, CEP 58.400-052, Campina Grande-PB, com contrato social arquivado sob nº 25200453999 por despacho de 07/12/2006, Inscrição no CNPJ nº 08.509.138/0001-22, resolvem, de comum acordo e na melhor forma de direito, proceder uma alteração contratual, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - CLÁUSULA PRIMEIRA - A sociedade delibera pela instalação de uma filial (ESCRITÓRIO ADMINISTRATIVO) que instalar-se-á:

- **RUA EPITACIO PESSOA, 136, CENTRO, CEP 58.680-000, TAPEROÁ, PARAÍBA.**

Parágrafo primeiro - A aludida filial funcionará como escritório da empresa matriz.



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB Nº 25900258030.
PROTOCOLO: 180316974 DE 03/07/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802615738. NIRE: 25200453999.
L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA

Maria de Fátima Ventura Venâncio
SECRETÁRIA-GERAL
JOÃO PESSOA, 04/07/2018
www.redeim.pb.gov.br

A validade deste documento, se impresso, fica sujeita à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais.
Informando seus respectivos códigos de verificação

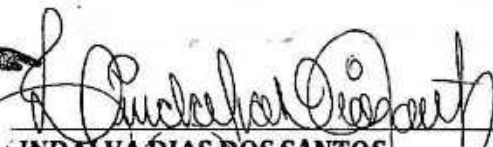


Continuação da alteração contratual da L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA-ME.

CLÁUSULA SEGUNDA – As demais cláusulas do contrato de constituição e alterações posteriores aqui não modificadas continuam com a redação de origem

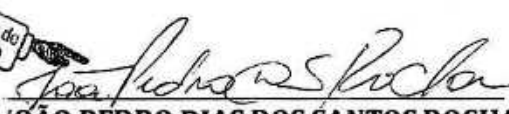
E, por assim estarem justos e acordados firmam o presente instrumento, para que produza os efeitos da Lei.

Campina Grande - PB, 02 de Junho 2018

Cartório do 1º Ofício

LINDALVA DIAS DOS SANTOS

Cartório do 1º Ofício

RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA

Cartório do 1º Ofício

JOÃO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA

DELEGACIA

01 OUT. 2018

PROTOCOLO
DE PESSOA



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB N° 25900258030.²
PROTOCOLO: 180316974 DE 03/07/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802615738. NIRE: 25200453999.
L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA

Maria de Fátima Ventura Venâncio
SECRETÁRIA-GERAL
JOÃO PESSOA, 04/07/2018
www.redesim.pb.gov.br

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais.
Informando seus respectivos códigos de verificação





1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANORO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de 078.448.304-97 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS. Dou fé. Campina Grande(PB) -
02/07/2018 - 15:39. Selo Digital: AGT34171-LTOO.

Em testemunho Ademir de S. A. da verdade.
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPL.: R\$ 1,80 FARPEN: R\$ 5,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANORO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de 078.073.914-05 - JOÃO
PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA. Dou fé. Campina Grande(PB)
- 02/07/2018 - 15:40. Selo Digital: AGT34172-1W67.

Em testemunho Paulo de S. A. da verdade.
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPL.: R\$ 1,80 FARPEN: R\$ 5,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



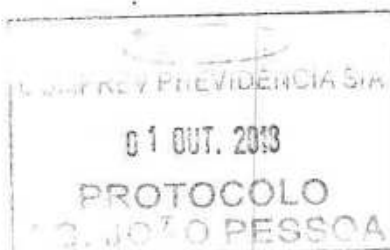
1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANORO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de 012.930.644-40 -
RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA. Dou fé. Campina
Grande(PB) - 02/07/2018 - 15:40. Selo Digital: AGT34173-JBX

Em testemunho Paulo de S. A. da verdade.
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPL.: R\$ 1,80 FARPEN: R\$ 5,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB Nº 25900258030.
PROTOCOLO: 180315974 DE 03/07/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802615738. NIRE: 25200453999.
L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA

Maria de Fátima Ventura Venâncio
SECRETÁRIA-GERAL
JOÃO PESSOA, 04/07/2018
www.redesim.pb.gov.br

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais.
Informando seus respectivos códigos de verificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSTITUCION DE 1988
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 JOAO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSÃO
 3243174 SEP 20

CITY - **DEPARTAMENTO**
 078.073.914-05 26/06/1969

ENDEREÇO
 JOSE DE AROMATIA
 ROCHA
 LINDALVA DIAS DOS
 SANTOS

RENASCIMENTO **MAC** **CELENA**
 1633753193 1633753193 B

CPF **NUMERO** **DATA EMISSÃO**
 00064275488 24/04/2023 08/06/2009

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1633753193

RECIBO DE EMISSÃO
 1633753193

NOME **DATA EMISSÃO**
 CAMPINA GRANDE, PE 24/04/2018

NUMERO
 93825005614
 28036735990

PARAIBA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

COMISSÃO PREVIDÊNCIA
 01 OUT. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748443047
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

LACR Nº 0106959491-9 00/00000000 2017
VIA RENAVAM 201701001066671 EXERCÍCIO

L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME

CPF / CNPJ

PLACA

08509138000122

QFQ4479/PB

NOVO PB 9C2KD0810GR409946

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015 2016

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 P/162 /CI

PARTIO

BRANCA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

I
P
V
A

Faixa I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO 31/10/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL

DATA

CAMPINA GRANDE-PB

07/11/2017

32875

33553

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748443047 BILHETE DE SEGURO DI

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISS

2017

07/11

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

08509138000122

QFQ4479

RENAVAM

MARCA / MODELO

01069594919

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

CAT. TARE

Nº CHASSI

2015

9

9C2KD0810GR409946

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO

SEGURO

PAGO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

31/10/21

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

01 OUT. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-234

REGISTRO GERAL

233.352 - 2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2008

NOME LINDALVA DIAS DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOÃO AGRIPIÑO DOS SANTOS

MARIA DIAS DOS SANTOS

NATURALIDADE POCINHOS-PB

DATA DE NASCIMENTO 25/01/1953

DOC. ORG. NASC. N. 3229 FLS. 105 LIV. A/12

CARTÓRIO POCINHOS-PB

CPF 078.443.304-97

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMITENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

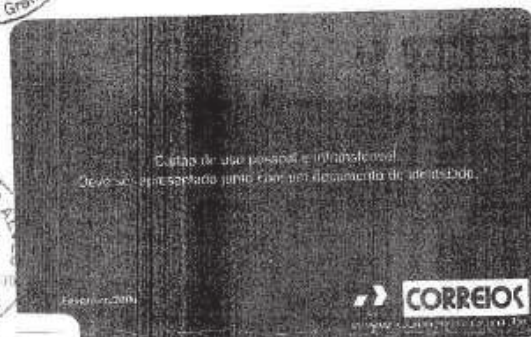
Secretaria da Receita Federal

CPF

078.443.304-97

LINDALVA DIAS DOS SANTOS

25/01/1953



Certifico, conforme estatuto no art. 2º do Dec. Lei nº 2.149 de 25 de Abril de 1.943, que a presente cópia fotostática é fiel ao original que me foi apresentado e conferi. Haverá de ser conferida a Lei nº 7.410/2003 e pelo R. U.V.S. conforme Lei 8.880/1994. Campina Grande (PB), 07/02/2018.

Em testemunho da verdade

R. Vidal de Negreiros, 70

C. Grande-PR



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia fotostática por ser uma reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. Dou fé. Campina Grande (PB) - 11/06/2016 - 09:53.

Em testemunho da verdade.

Boleto Digital: ABO57050-898A - Consulte a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>

Emal: R\$ 1,94 PERJ, R\$ 0,06 FARPEN, R\$ 0,25 Total: R\$ 2,25

18046T060250059001030758010460614002



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180250226 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DO ÚMERO ESQUERDO, SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS 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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180250226 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DO ÚMERO ESQUERDO, SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS 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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195083/18

Número do Sinistro: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF: 872.463.684-34

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 26/12/2018
Nome: RONALDO SOARES DA SILVA
CPF: 872.463.684-34

RONALDO SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195083/18

Número do Sinistro: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF: 872.463.684-34

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
DUT

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018
Nome: RONALDO SOARES DA SILVA
CPF: 872.463.684-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

RONALDO SOARES DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RONALDO SOARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180250226**

Vítima: **RONALDO SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **07/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180250226**.

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.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

Carta nº 12910655

Pag. 00491/00492 - carta_01 - INVALIDEZ

00030246



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RONALDO SOARES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180250226**
Vítima: **RONALDO SOARES DA SILVA**
Data do Acidente: **07/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180250226**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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.

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

Pag. 00389/00390 - carta_03 - INVALIDEZ



00070195

Carta nº 12910964





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, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RONALDO SOARES DA SILVA

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. 00409/00410 - carta_04 - INVALIDEZ

00040205



Carta nº 13783258



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

872.463.684 - 34

RONALDO SOARES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RONALDO SOARES DA SILVA	CPF titular da conta 872.463.684-34	Profissão RECLAMANTE
Endereço R. JOSÉ ALVES SOBRINHO	Número 133	Complemento
Bairro JARDIM TAURÉIS	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PARAÍBA
Email soaresr@gmail.com	CEP 58.103-005	Telefone (DDD) (31) 99829-8855

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0737** D/V **00036031** D/V **3**
(Informar dígito se existir)

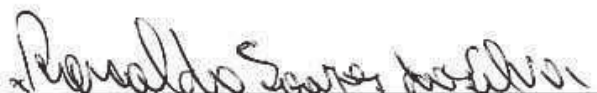
☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO NOME **COMPREV** NRO. **COMPREV**
AGÊNCIA NRO. **COMPREV** D/V **COMPREV**
(Informar dígito se existir)

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

30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAMPINA GRANDE 13 de MAIO de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00153.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 07/02/2018

Hora: 11:36:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Franklin Araújo, Alto Branco, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Ronaldo Soares da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Terezinha Soares da Silva e Francisco Soares da Silva

Idade: 45

Data de Nascimento: 07/10/1972

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Motoboy

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 872.463.684-34

Endereço: Rua José Alves Sobrinho, 133, Jardim Tavares, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98642-6701

TESTEMUNHA

Nome: Walfredo Moreira dos Santos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Severina Pereira dos Santos e Alfredo Moreira dos Santos

Idade: 44

Data de Nascimento: 19/07/1973

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

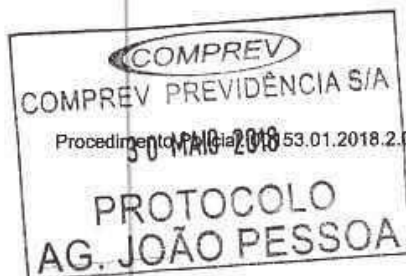
Profissão: Pintor

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 929.956.164-87

Endereço: Rua Félix Carolino Barbosa, 364, Alto Branco, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98894-1569



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



TESTEMUNHA

Nome: Alex Soares da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Luzinete Soares dos Santos e Antonio Vidal da Silva
Idade: 27 Data de Nascimento: 29/09/1990 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Vendedor
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 090.973.974-99
Endereço: Rua Félix Carolino Barbosa, 364, Alto Branco, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98837-2352

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo NXR 160 BROS ESDD, tipo de veículo Motocicleta, cor branca, ano 2016, placa QFQ-4479, chassi 9c2kd0810gr409946, renavam 0106959491-9

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/NXR 160 BROS ESDD, Ano/Modelo 2015/2016, cor branca, Placa QFD-4479-PB, Chassi de Nº 9C2KD0810GR409946, licenciada em nome de L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME, quando trafegava na rua Franklin Araújo, bairro do Alto Branco, momento em que a condutora de um Veículo Saveiro de cor branca, e demais sinais e condutor não identificado, avançou no cruzamento e colidiu na lateral da moto em que o comunicante pilotava, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Úmero do lado esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 15 de maio de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

Delegado(a) de Polícia Civil

RONALDO SOARES DA SILVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00153.01.2018.2.00.420



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 interdita 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

RONALDO SOARES DA SILVA

CPF da Vítima

842.463.684-34

Data do Acidente

07/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

RONALDO SOARES DA SILVA

CPF do Representante legal

842.463.684-34

E-mail

Bolhinhas@lehtmail.com

Telefone (DDD)

(83) 99829-8855

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.

PARANÁ GRANDE/RS 18 de MAIO de 2018

Local e Data

Ronaldo Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/2/2018	HORA: 11:36 HS	ID Nº: 1670830
NOME:	RONALDO SOARES DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	R - FRANKLIN ARAUJO - ALTO BRANCO	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 27 de abril de 2018.




SUPERVISOR

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RONALDO SOARES DA SILVA,

RG nº 1612 417, data de expedição / / , Órgão SSP/PB,

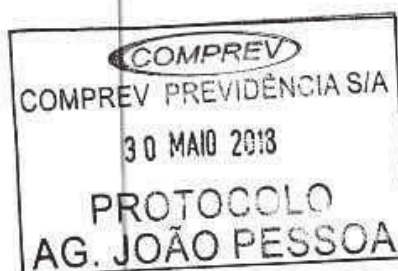
CPF nº 842.463.684 - 34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>JOSE ALVES SOBRINHO</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JARDIM TALHES</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBÁ</u>
CEP	<u>58.103 - 605</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99829-8855</u>
E-mail	<u>Balthinecga@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE/PB 18/05/2018

Assinatura do Declarante: Ronaldo Soares da Silva



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JAGUARIBE
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

11289139

REFERÊNCIA

MAI/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AMARA SANTANA DA SILVA
RUA JOSE ALVES SOBRINHO, 133 - JD TAVARES CAMPINA
GRANDE PB 58103-005

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
018.026.040.0050.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N726541	02/12/2013	INTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIA	PROXIMA LEITURA		
1074	1091	17	30	02/06/2018		
HIST. DE CONS. / ANO	LEIT.	QUAL ID. DA ÁGUA	TECRETO	2.014/2011-MS		
ABR/2018	22	0	PARÂMETROS	EXIG. ANÁLIS.		
MAR/2018	18	0	TURBIDEZ	0	0	0
FEV/2018	22	0	CLORO	0	0	0
JAN/2018	24	0	COL. TERN01	0	0	0
DEZ/2017	23	0	CDR	0	0	0
NOV/2017	17	0	CDR TOTAIS	0	0	0
MEDIANÇA	21	DADOS REFERENTES A: MAR/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 03/05/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 06:15:38

DESCRIÇÃO	CONTUNO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	1 M3	34,23
ESGOTO		
ACRESCIMOS - MESSES - ANT. 11/2017-12/2017		3,40
JUROS DE MORA 11/2017-12/2017		5,54

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,67 PIS E CONFINS (LEI 12.741/12)

VENCIMENTO: 16/05/2018 Total a Pagar: R\$ 81,17

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
SR. USUÁRIO: EM 31/03/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11289139	MAI/2018	16/05/2018	R\$ 81,17

826600000000 2 81170010018 3 01128913901 3 052018900013 6





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

L. Dias dos Santos & CIA LTDA –ME , registrada sob o número de CNPJ: 08.509.138/0001-22, com sede na Avenida Presidente Getúlio Vargas, 893, Prata, Campina Grande/PB, neste ato representada por sua sócia presidente, a Sra. Lindalva Dias dos Santos, portadora do RG: 233.352 – 2ª via SSP/PB, data de expedição em 07/01/2008 e CPF: 078.449.304-97, com domicílio nesta cidade, declara, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo identificado é de propriedade da empresa suprainformada, informa ainda que na data do acidente o veículo estava sendo conduzido pelo senhor Ronaldo Soares da Silva que sofreu lesões no ombro esquerdo conforme comunicação de acidente de trabalho (anexo) – CAT número 2018.047.945-8/01.

DADOS DO VEÍCULO:

Modelo: Honda NXR 160 Bros ESDD

Ano: 2015/2016

Placa: QFQ 4479/PB

Chassi: 9C2KDO810GR409946

Data do acidente: 07 de fevereiro de 2018

Campina Grande, 12 de abril de 2018.

Cartão do
1º Ofício

Lindalva Dias dos Santos

Assinatura do Condutor

CENTRAL DE ATENDIMENTO

(83) **2102.3232**

www.planodigna.com.br





1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-060
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 078.449.354-07 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS - Dou. fe. Campina Grande (PB) -
20/04/2018 - 10:21.

Em testemunho  da verdade.

Selo Digital: AQM25011-8QVT - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPJ.: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,28 IESON: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15
690e328ed936f47a04c369b4b231b125aac0e8



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LINDALVA DOS SANTOS E CIA LTDA - ME,
RG nº _____, data de expedição 1/1/, Órgão
_____, portador do CPF nº 08.509.138/0001-22, com domicílio na
cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na _____ (Rua/Avenida/Estrada)
AV. PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, nº 3013,
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
RONALDO SOARES DA SILVA, cujo o condutor era
RONALDO SOARES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Honda / NXR 160 Bros E 500
Ano: 2015 / 2016
Placa: QFG 4479 / PB
Chassi: 9C2KD0810GR409946
Data do Acidente: 07/02/2018
Local e Data: Campina Grande - PB 12-09-18



Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)


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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-200
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1282 - (83) 3321-1150
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por **AUTENTICIDADE** a firma de **078.449.304-22** Vidal de Negreiros, 70
LINDALVA DIAS DOS SANTOS Dou fe. Campina Grande (PB)
20/04/2018 - 10:21.
Em testemunho _____ da verdade.
Selo Digital: AQM25012-3G0C - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emcl.: R\$ 9,50 FEPJ.: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,26 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,13
91797ee23596e1cb1b5f0a619d8c4d3e4cf174a5

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lindalva Dias dos Santos,
RG nº 233.352, data de expedição 27/01/2008 Órgão
SSP, portador do CPF nº 078.449.304-97, com domicílio na
cidade de Campina Grande, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada)
FERNANDO FREITAS DE MELO, nº 290,
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
Ronaldo Soares dos Reis, cujo o condutor era
Ronaldo Soares dos Reis.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR-160 PROS ESD
Ano: 2015 / 2016
Placa: RFA-4479-PB
Chassi: 9C2K30810GR409946
Data do Acidente: 1 / 1
Local e Data: Campina Grande 14 de Novembro de 2018

Cartão do
1º Ofício

Lindalva Dias dos Santos
Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

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



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vitor do Rego, 30 - Centro - Campina Grande - PB, CEP 56.400-000
Fone/Fax: (31) 3331-2175 / (31) 3331-3305 / (31) 3331-1195

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por **AUTENTICIDADE** a firma de **078.449.304-97 - LINDALVA DIAS DOS SANTOS**, Dou fe. Campina Grande(PB) - 14/11/2018 - 10:23. Selo Digital: AHN76797-HDU6.

Em testemunho do meu Ofício da verdade.
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emel.: R\$ 9,99 FEPJ.: R\$ 1,80 FAREM: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,54



Atestado nº

*Prezado Sr. [nome] de [sobrenome]
e mais representando [nome]
em nome de [nome]*

*De [data] de [mês] de [ano]
([local])*

*At [nome]
At [nome]
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)*

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Wagner Faleiro
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico _____
() Internação (setor) _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Decisão Médica
() Óbito _____

[Assinatura]
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Ronaldo Soares										PRONTUÁRIO:	463
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:				
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐										

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
RE 02/17

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rp ombro (E) / Perfil de escápula
Aular

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

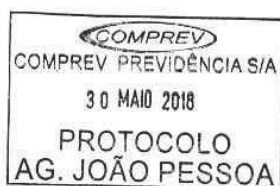
DATA: 07/05/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dra. Rossana Carabante
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4995 TEOT 8479

Carimbo e Assinatura do Médico

100. 002





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA
DATA DO EXAME: 07.02.2018

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura na grande tuberosidade do úmero, sem desvios.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

106

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Raiff R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Péricles A Cor
CRM/PB: 8620



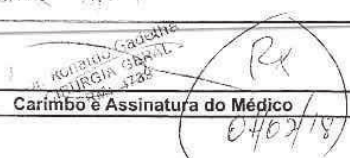
 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME: Luis Carlos		PRONTUÁRIO: 463			
IDADE: 35		SEXO: ☒ M ☐ F		COR: ☐ B ☐ P ☐ A	
PESO: 70		ALTURA: 1,70		CLÍNICA: 18	
ENF.: 01		LEITO: 48			
DADOS CLÍNICOS: 18					
MATERIAL A EXAMINAR: 01					
EXAMES SOLICITADOS: DA7					
URGÊNCIA: ☐		ROTINA: ☐		De: Dr. Roberto Médico Especialista CRM-PB: 12345	
DATA: 10/10/2018		HORA DA SOLICITAÇÃO: 14h			
Carimbo e Assinatura do Médico					



30 MAY 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES											
NOME: <u>RENALDO SENA DA SILVA</u>										PRONTUÁRIO:					
IDADE:		SEXO: ☐ M ☐ F		COR: ☐ B ☐ P ☐ A		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	
DADOS CLÍNICOS: <u>Acidente no trânsito / Do no trânsito</u>															
MATERIAL A EXAMINAR:															
EXAMES SOLICITADOS: <u>- Rx de Ombro - Lado</u> <u>- Rx de Tornozelo - Lado</u>															
URGÊNCIA: ☐				ROTINA: ☐				DATA:							
HORA DA SOLICITAÇÃO:				Carimbo e Assinatura do Médico 											

MOD. 002


 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 MAIO 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SMU

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ronaldos Soares da Silva		
End:	Fel x Carolina Barbosa 203	Bairro:	Alto Branco
Data de Nascimento:	07.10.1972	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC de	Data do Atend.:	07.02.18
		Hora:	12:30
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Mo B

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



27/02/2018

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1594136

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/02/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA

CEP: 58400002

Nascimento: 07/10/1972

Endereço: R. FELIX CAROLINO BARBOSA

Sexo: M

Telefone: 987469507

Cidade: Campina Grande

Idade: 045

Bairro: ALTO BRANCO

Nome da Mãe: TEREZINHA SOARES DA SILVA

RG: 1612417

Nº: 263

Responsável:

CPF: 87246368434

Profissão: MOTOBOY

Estado Civil:

Data de Atend: 07/02/2018

CNS: 708104831315310

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 12:29:28

CONVÊNIO: SUS

Médico:

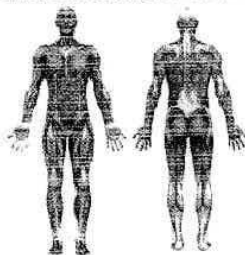
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrisão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Criação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Queimadura
33. Rinoorragia
34. Sinais de Isquemia
- 35.
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente: RONALDO SOARES DA SILVA, 045 anos, 07/10/1972
Moto MOTO X MOTO, 07/02/2018, 12:29:28
Causa: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO
Local: ALTO BRANCO, CAMPINA GRANDE, PB
Atendente: FRANCINALVA ALMEIDA TORRES

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: ☒ Etorreagentes ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

☐ Laboratoriais☐ Gasometria arterial☐ Tomografia Computadorizada☐ Ultrassonografia:☐ Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia às: Dia: / /

Especialista: / às: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Gadelha
Cirurgia Geral
CRM: 12345



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:15:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010231515478500000034232427

Número do documento: 2010231515478500000034232427

Num. 35843950 - Pág. 23

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	R	O	N	A	D	O	S	C	A	R	E	O	PRONTUÁRIO:
IDADE:													
SEXO:	M	F											
COR:	B	P	A										
PESO:													
ALTURA:													
CLÍNICA:													
ENF.:													
LEITO:													

DADOS CLÍNICOS:

Acidente de moto / Do no trânsito

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx no Ombro etc
- Ex no Tórax Ap

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

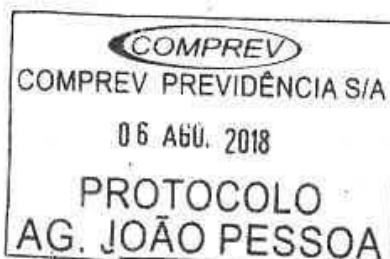
DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Notário Gadelha
MARGIA GABRIEL
A228

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Moraes, Edson										PRONTUÁRIO:	463		
IDADE:	SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:	
	M	F	B	P	A									

DADOS CLÍNICOS:

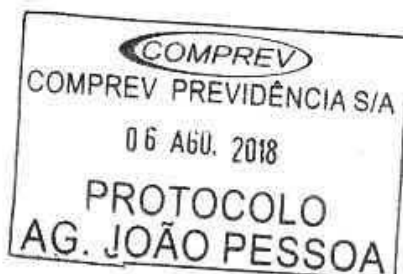
MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

P - 5 de Grambado (C7A7) Venodóline

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐	HORA DA SOLICITAÇÃO:		Assinatura do Médico
DATA:						Carimbo

MOD. 002



REQUISICÃO DE EXAMES

NOME:	Dionáudio Soares										PRONTUÁRIO:	463
IDADE:	SEXO:	COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF:	LEITO:		
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐										

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
RECEBIDO
02/11

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Do ombro (E) / Dupl de escápula
Anter

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

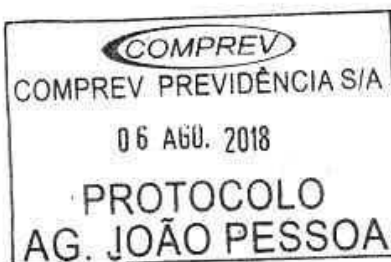
04/02/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Ruyana Cavalcante
Oncologia e Transplante
CRM 1365 TEOT 8419

IOB. 002





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SAU

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ronaldos Soares da Silva		
End:	Felix carolina Bonfatti 253	Bairro:	Alto bonco
Data de Nascimento:	07.10.1972	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC de	Data do Atend.:	07.02.18
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	12:30
		Documento:	

Not

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fútil de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

curmyan

Assinatura e carimbo do profissional



Atendimento #

Exames Vitais de Acidente
de moto apressado com
com o carro (E).M. F. de G. P. Lima
(Sua deano)Dr. Wagner Falcão
Até 4h
Fornecido pelo
Ata de atendimentoDr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

DESTINO DO PACIENTE / / as : hs.

☐ Centro cirúrgico☐ Internação (setor)☐ Alta hospitalar /☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL☐ A revelia☐ Decisão Médica☐ Óbito

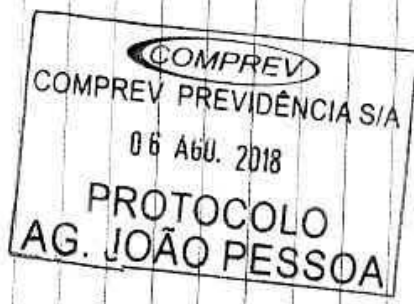
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



PACIENTE: RONALDO SOARES DA SILVA
DATA DO EXAME: 07.02.2018

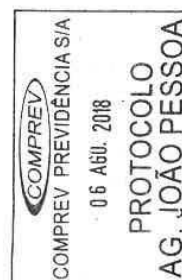
RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura na grande tuberosidade do úmero, sem desvios.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

106



Dr. Raiff R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Pêicles A Cos
CRM/PB: 8620

Handwritten signature/initials.





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Marcelo Gomes da Silva

foi atendido(às) hoje, às 9h (Quarenta e cinco)
horas, necessitando de 95 (Quarenta e cinco)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S42

Campina Grande,

27/02/18

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Ronaldo Soares de

Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 07/02/18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: fx grande tuberosidade (R)

PROCEDIMENTO: Compensação

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

MOD. 120

07.03.2018 às 09:00
28.03.18 manhã 08:00
25.04.18 M 08:00

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Dr. Ronaldo Gonçalves

Vto. Dr.!

Lexomin - 100

Torax 12

de 8/86

MOD. 001

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

27.02.13

Data

Médico





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

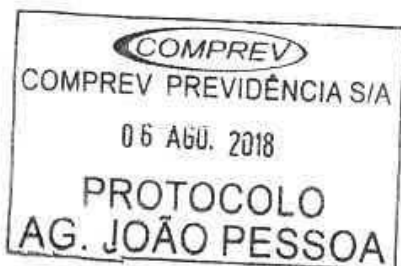


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/2/2018	HORA: 11:36 HS	ID Nº: 1670830
NOME: RONALDO SOARES DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - FRANKLIN ARAUJO - ALTO BRANCO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 27 de abril de 2018.




FRED ALEXANDRE D. NASCIMENTO
SUPERVISOR
SAMU 192 - CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

ASO Nº 253819

CNPJ: 08.509.138/0001-22

EMPRESA: L DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA

EXAME: RETORNO AO TRABALHO

Em observação ao subitem 7.4.1 da NR 7 e Portaria de Nº 24 de 29/12/1994, atestamos que o trabalhador(a) Sr(a) **RONALDO SOARES DA SILVA** (identidade Nº **1612417SSP/PB**) submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo descritos e encontra-se:



Apto



Apto (com restrições)



Apto (trabalho em altura)



Inapto

para exercer a função de **MOTOBOY**

RISCOS OCUPACIONAIS

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames	Data	Exames	Data
☐ Audiometria / Otoscopia	___/___/___	☐ Holter	___/___/___
☐ Avaliação Oftalmológica	___/___/___	☐ Mapa	___/___/___
☒ Eletrocardiograma	01-08-2018	☒ Acuidade Visual	01-08-2018
☐ Eletroencefalograma	___/___/___	☐ Avaliação Psicológica	___/___/___
☐ Espirometria	___/___/___	☐ Avaliação Cardiológica	___/___/___

Outros exames:

Obs: Os resultados dos exames realizados encontram-se no Prontuário Clínico do Trabalhador

OBSERVAÇÕES

Dr. Ademir Costa Wanderley
Médico do Trabalho
Registro na SSMT 10.247
CRM 353 - CPF 113.925.394-22

Médico(a) Examinador(a)

Médico Coordenador

Assinatura do Trabalhador

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Visto do MTB em ___/___/___

Agente de Inspeção

João Pessoa

Av. Camilo de Holanda, 1066 - Centro - (83) 3222 4544 | 3222 5149
Josefa Taveira, 1476 - Mangabeira - (83) 3222 5542 | 9 8602 8079

Campina Grande

Rua: Luiz de Melo, 42 - Prata - (83) 3201 0065 | 9 9905 1617



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

1/ Fomeles Gomez

Vto. Dr.

Loxoprofen — 120

T. 100mg, 12p

de 8/8h.

MOD. 001

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

27.02.13

Data

Médico





Número do documento: 20102315154785000000034232427

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748443047
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1
CÓD. RENAVAM: 20170100106687-1
1 0106959491-9 00/00000000 2017

L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME

CPF / CNPJ: 08509138000122
PLACA ANT. 7 UP: 0EQ4479/PB
NOVO: BB 9C2KD0810GR409946

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/MXR160 BROS ESDD 2015 2016

CAP / POT / CL: 2 P/162 /CT CATEGORIA: PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 0 IOF (R\$): 0 PRÊMIO TOTAL (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 31/10/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL: CAMPINA GRANDE - PB DATA: 07/11/2017

32875 32875 22553

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748443047 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 07/11/2017

VIA: 1 CPF / CNPJ: 08509138000122 PLACA: 0EQ4479/PB

RENAVAM: 20170100106687-1 MARCA / MODELO: HONDA/MXR160 BROS ESDD

ANO FAB: 2015 CAT. INF: 9 Nº CHASSI: 9C2KD0810GR409946

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$): ***** DETRAN (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** IOF (R\$): 0 TOTAL EM R\$ (SE RESERVA R\$): 0

PAGAMENTO: COTA ÚNICA 3 PARCELADO 31/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 28.248.808/0001-04

Onde tem
CPF e nome
dos sócios

pendo na
cópia legítima do contrato
- 1 da empresa



**ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL DA SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA
L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA
CNPJ: 08.509.138/0001-22
NIRE: 252 00453999**

Pelo presente instrumento, os signatários:

LINDALVA DIAS DOS SANTOS, brasileira, natural da cidade de Pocinhos-PB, solteira, empresária, nascida em 25/01/1953, portadora do RG 233.352 SSP/PB e do CPF n. 078.449.304-97, residente e domiciliada a Rua Fernando Barbosa de Melo, 290, Bairro Catolé, na cidade de Campina Grande-PB, CEP 58.410-440 e

JOÃO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA, casado com separação total de bens, nascido em 26/06/1989, brasileiro, natural da cidade Campina Grande-PB, Empresário, portador da cédula de identidade nº 3.243.174 SSDS/PB – 2ª via, CPF nº 078.073.914-05, residente e domiciliado na Rua Fernando Barbosa de Melo, 290, Catolé, Campina Grande-PB, CEP 58410-440,

RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA, brasileiro, natural de CAMPINA GRANDE/PB, Casado(a)em Regime de comunhão de bens, nascido em 01/06/1981; EMPRESÁRIO, portador do CPF sob o n.º 012.930.644-40, RG n.º 1613002 2A VIA expedido pela SSDS/PB, residente e domiciliada à AV RIO BRANCO, n.º 30, Bairro CENTRO, CAMPINA GRANDE/PB, CEP: 58400-052

únicos sócios componentes da sociedade empresária limitada, denominada de L.DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA, com sede na Avenida Presidente Getúlio Vargas, 893, Centro, Campina Grande-PB, CEP 58.400-052, Campina Grande-PB, com contrato social arquivado sob nº 25200453999 por despacho de 07/12/2006, Inscrição no CNPJ nº 08.509.138/0001-22, resolvem, de comum acordo e na melhor forma de direito, proceder uma alteração contratual, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - CLÁUSULA PRIMEIRA - A sociedade delibera pela instalação de uma filial (ESCRITÓRIO ADMINISTRATIVO) que instalar-se-á:

- **RUA EPITACIO PESSOA, 136, CENTRO, CEP 58.680-000, TAPEROÁ, PARAÍBA.**

Parágrafo primeiro - A aludida filial funcionará como escritório da empresa matriz.



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB Nº 25900258030.
PROTOCOLO: 180316974 DE 03/07/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802615738. NIRE: 25200453999.
L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA

Maria de Fátima Ventura Venâncio
SECRETÁRIA-GERAL
JOÃO PESSOA, 04/07/2018
www.redeim.pb.gov.br

A validade deste documento, se impresso, fica sujeita à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais.
Informando seus respectivos códigos de verificação

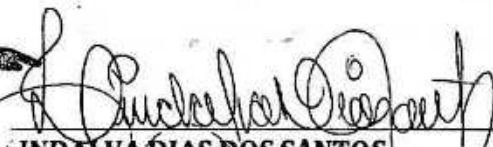


Continuação da alteração contratual da L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA-ME.

CLÁUSULA SEGUNDA – As demais cláusulas do contrato de constituição e alterações posteriores aqui não modificadas continuam com a redação de origem

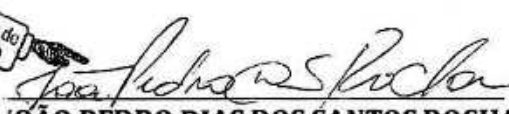
E, por assim estarem justos e acordados firmam o presente instrumento, para que produza os efeitos da Lei.

Campina Grande - PB, 02 de Julho 2018

Cartório do 1º Ofício

LINDALVA DIAS DOS SANTOS

Cartório do 1º Ofício

RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA

Cartório do 1º Ofício

JOÃO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA

DELEGACIA

01 OUT. 2018

PROTOCOLO

DE PESSOA



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB N° 25900258030.²
PROTOCOLO: 180316974 DE 03/07/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802615738. NIRE: 25200453999.
L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA

Maria de Fátima Ventura Venâncio
SECRETÁRIA-GERAL
JOÃO PESSOA, 04/07/2018
www.redeim.pb.gov.br

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais.
Informando seus respectivos códigos de verificação





1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANORO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de 078.448.304-97 -
LINDALVA DIAS DOS SANTOS. Dou fé. Campina Grande(PB) -
02/07/2018 - 15:39. Selo Digital: AGT34171-LTOO.

Em testemunho Ademir de S. A. da verdade.
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPL.: R\$ 1,50 FARPEN: R\$ 5,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANORO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de 078.073.914-05 - JOÃO
PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA. Dou fé. Campina Grande(PB)
- 02/07/2018 - 15:40. Selo Digital: AGT34172-1W67.

Em testemunho Paulo de S. A. da verdade.
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPL.: R\$ 1,50 FARPEN: R\$ 5,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



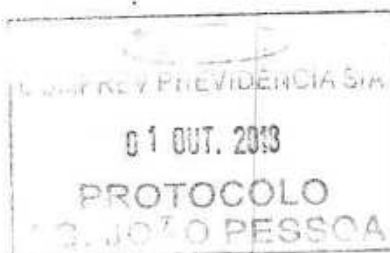
1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

IVANORO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de 012.930.644-40 -
RENATO DIAS DOS SANTOS ROCHA. Dou fé. Campina
Grande(PB) - 02/07/2018 - 15:40. Selo Digital: AGT34173-JBX

Em testemunho Paulo de S. A. da verdade.
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPL.: R\$ 1,50 FARPEN: R\$ 5,28 ISSQN.: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15



CERTIFICO O REGISTRO EM 04/07/2018 09:58 SOB Nº 25900258030.
PROTOCOLO: 180315974 DE 03/07/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11802615738. NIRE: 25200453999.
L. DIAS DOS SANTOS & CIA LTDA

Maria de Fátima Ventura Venâncio
SECRETÁRIA-GERAL
JOÃO PESSOA, 04/07/2018
www.redesim.pb.gov.br

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais.
Informando seus respectivos códigos de verificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSTITUCION DE 1988
 PARLAMENTO NACIONAL DE REPRESENTANTES
 PARLAMENTO NACIONAL DE REPRESENTANTES

NOME
 JOAO PEDRO DIAS DOS SANTOS ROCHA

DOC. IDENTIFIC. / DOCUMENTO
 3243174 SED PS

CITY
 078.073.914-05 26/06/1969

PROFISSÃO
 JOSE DE ARMATEIRA
 ROCHA
 LINDALVA DIAS DOS
 SANTOS

REINSCRICAO
 00000000000000000000000000000000

MAC
 00000000000000000000000000000000

CELEBR
 B

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1633753193

CPF
 00000000000000000000000000000000

DATA DE EMISSAO
 24/04/2023

DATA DE VALIDADE
 08/06/2009

ASSINATURA
 [Assinatura]

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PE

DATA DE EMISSAO
 24/04/2018

NUMERO DE EMISSAO
 93825005614

NUMERO DE VALIDADE
 28036735990

PARAIBA

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE

COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

01 OUT. 2013

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748443047
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

LACR Nº 0106959491-9 00/00000000 2017
VIA RENAVAM 201701001066671 EXERCÍCIO

L DIAS DOS SANTOS E CIA LTDA ME

CPF / CNPJ

PLACA

08509138000122

QFQ4479/PB

NOVO PB 9C2KD0810GR409946

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015 2016

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 P/162 /CI

PARTIO

BRANCA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

I
P
V
A

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 31/10/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL

DATA

CAMPINA GRANDE-PB

07/11/2017

32875

33553

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748443047 BILHETE DE SEGURO DI

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISS

2017

07/11

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

08509138000122

QFQ4479

RENAVAM

MARCA / MODELO

01069594919

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

CAT. TARE

Nº CHASSI

2015

9

9C2KD0810GR409946

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

31/10/21

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

01 OUT. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-234

REGISTRO GERAL 233.352 - 2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2008

NOME LINDALVA DIAS DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOÃO AGRIPIANO DOS SANTOS

MARIA DIAS DOS SANTOS

NATURALIDADE POCINHOS-PB

DATA DE NASCIMENTO 25/01/1953

DOC. ORDEM NASC. N. 3229 FLS. 105 LIV. A/12

CARTÓRIO POCINHOS-PB

CPF 078.443.304-97

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMITENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

078.443.304-97

LINDALVA DIAS DOS SANTOS

25/01/1953



Certifico, conforme estatuto no art. 2º do Dec. Lei nº 2.149 de 25 de Abril de 1.943, que a presente cópia fotostática é fiel ao original que me foi apresentado e conferi. Haverá de 0,20 cópias Lei nº 7.410/2008 e RFB nº 9.05, conforme Lei 8.880/2004. Campina Grande (PB), 07/02/2018.

R\$ 1,85

88038324/1

Em testemunho da verdade

Ass. Suelio Moreira Torres



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia fotostática por ser uma reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. Dou fé. Campina Grande (PB) - 11/06/2016 - 09:53.

Em testemunho da verdade.

Boleto Digital: ABO57050-8R9A - Consulte a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>

Emal: R\$ 1,94 FEPJ: R\$ 0,06 FARPEN: R\$ 0,25 Total: R\$ 2,25

18046TC60250059001038758010466614d0d2



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180250226 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DO ÚMERO ESQUERDO, SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS 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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180250226 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DO ÚMERO ESQUERDO, SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS 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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195083/18

Número do Sinistro: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF: 872.463.684-34

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 26/12/2018
Nome: RONALDO SOARES DA SILVA
CPF: 872.463.684-34

RONALDO SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195083/18

Número do Sinistro: 3180250226

Vítima: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF: 872.463.684-34

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: RONALDO SOARES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
DUT

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018
Nome: RONALDO SOARES DA SILVA
CPF: 872.463.684-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

RONALDO SOARES DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08011858220198150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RONALDO SOARES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

CAMPINA GRANDE, 13 de agosto de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

