

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROCHA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180228188

Vitima: JOSE ROCHA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180228188**.

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 12853969



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROCHA DOS SANTOS

Sinistro: 3180228188
Vítima: JOSE ROCHA DOS SANTOS
Data do Acidente: 19/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180228188** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13050909

A/C: JOSE ROCHA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180228188
Vítima: JOSE ROCHA DOS SANTOS
Data do Acidente: 19/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE ROCHA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 000000029028-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

070.217.414-99

Nome completo da vítima

JOSÉ ROCHA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE ROCHA DOS SANTOS		CPF titular da conta 070.217.414-99	Profissão GAÇON
Endereço RUA JOÃO BATISTA LEITE		Número S/N	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade BARRA DE SANTA ROSA	Estado PARAIBA	CEP 58.170-000
Email adv.alyssoncorrea@gmail.com			Telefone (DDD)

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.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

1668

(Informar dígito se existir)

00029028

(Informar dígito se existir)

6

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BARRA DE SANTA ROSA - PB, 03 de MAIO de 2018

Local e Data

Jose Rocha dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180228188
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rocha dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Batista Leite, S/N Sn
Centro Cuite PB CEP: 58175-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2712151
Data local do acidente: [19/09/2017]
Data local do exame: [07/06/2018] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQ

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQ COM USO DE PLACA E PARAFUSOS.

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 09/01/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PRESEÇA DE DUAS CICATRIZES CIRURGICAS EXTENSAS EM FACE LATERAL DA COXA, (CIRURGIA DE FRATURA DE FEMUR PRÉVIO HÁ 4 ANOS), FLEXÃO DO QUADRIL DE 60°, EXTENSÃO DE 5°, PERDA DA ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA, ATROFIA MUSCULAR.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

PERDA DE GRANDE PARTE DA ADM DO QUADRIL ESQ, PERDA DA CAPACIDADE DE CORRER E AGACHAR, ATROFIA MUSCULAR.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

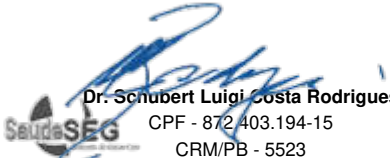
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CPF - 872.403.194-15
CRM/PB - 5523



BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO Nº 04/2018

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 19/09/2017, ÀS 12h00, NA RODOVIA PB-133, NA ENTRADA DO SÍTIO FECHADO, BARRA DE SANTA ROSA-PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: 23/01/2018, ÀS 17H00.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSÉ ROCHA DOS SANTOS, brasileiro, casado, 32 anos de idade, nascido em 09/06/1985, natural de Barra de Santa Rosa/PB, filho de João Francisco dos Santos e Maria do Socorro Rocha do Nascimento, Ensino Fundamental Incompleto, RG: 2.712.151 (2ª via) SSDS/PB, e CPF: 070.217.414-99, residente e domiciliado na Rua João Batista Leite, S/N, Centro, Barra de Santa Rosa/PB, fone: 9 9193-1528.

Boletim de ocorrência

TESTEMUNHA (S):

1ª - DAMIÃO FREIRE SILVA, residente na Rua Manoel Ezequiel de Medeiros, S/N, Barra de Santa Rosa/PB, RG: 26092263 SSP/PB e CPF 039.485.844-19.

2ª - SEBASTIÃO AZEVEDO DE SOUTO, residente na Rua Pedro Justino de Oliveira, S/N, Barra de Santa Rosa/PB, RG: 1033106 SSP/PB e CPF 436.394.794-87.

NARRATIVA: QUE no dia 19 (dezenove) de Setembro do ano de 2017, por volta das 12h00, o comunicante encontrava-se pilotando a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 KS, PLACA: KUY 7197/RN, RENAVAN: 00981895492, CHASSI: 9C2KC08108R280956, ANO E MODELO: 2008/2008, COR: PRETA, na Rodovia PB 133, nas proximidades da entrada do Sítio Fechado, zona rural, Barra de Santa Rosa/PB, quando ao pisar no freio, a motocicleta derrapou, tendo o piloto perdido o controle do veículo, vindo a cair ao solo; QUE com o impacto da queda sofreu uma fratura no fêmur esquerdo, tendo sido socorrido por um veículo da prefeitura local até a cidade de Remígio, onde foi transferido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, local em que permaneceu internado por um período de 16 (dezesesseis) dias, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE a vítima veio à Delegacia de Polícia desta cidade para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

Bel. Décio de Souza Lima Filho
DELEGADO DE POLÍCIA
Mat. 130.527-0 SSP/PB
DÉCIO DE SOUZA LIMA FILHO
DELEGADO DE POLÍCIA

COMUNICANTE/VÍTIMA: José Rocha dos Santos

PAULINO DA LUZ
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
JOACIL DA LUZ SILVA - TABELIÃO
BARRA DE SANTA ROSA - PARAÍBA

03 MAIO 2018

CERTIFICADO AUTÊNTICO, que esta fotocópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé.

TABELIÃO PÚBLICO
PAULINO DA LUZ SILVA
ESCREVENTE
CPF: 696.118.741-20

Selo Digital: AGP39970-3700

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

14-081-2018 03:42 534986 1/1
LIDER 04/01/18
353000006 3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

Comarca de Barra de Santa Rosa

SERVIÇO REGISTRAL "ANA BRAGA HENRIQUES".

(1909 / 2007) - "98 anos registrando"

Nascimentos, Casamentos, Óbitos, Escrituras Públicas e Procuções

Rua Manoel de Sousa Lima, 70 - Centro - Barra de Santa Rosa-PB - Fone (83) 3376-1147

Belª CÍCERA CISINHA DOS SANTOS

Escrivã e Oficiala do Registro Civil

ANA MARIA HENRIQUES DE ALMEIDA

Escrevente Substituta

SERVIÇO REGISTRAL

Ana Braga Henriques

Bela. Cícera Cisinha dos Santos
ESCRIVÃ E OFICIALA DO REG. CIVIL
Barra de Santa Rosa - PB

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO, que às folhas 175-vs. do Livro de Registro de Casamento de nº B-01, sob Termo nº 349, deste Cartório, foi lavrado no dia 07 de dezembro de 2006, pela Oficiala Belª CÍCERA CISINHA DOS SANTOS, o casamento de **JOSÉ ROCHA DOS SANTOS** e **ROBERTA CHERLY SILVA**, contraído pelo Juiz de Direito em Substituição Dr. EDAILTON MEDEIROS SILVA e as testemunhas Luis Carlos Freire da Silva, Ana Patrícia Santos Azevêdo, Ronaldo Fideles de Oliveira e Josélia Freire Silva, todos meus conhecidos e residentes no Sítio Fechado, deste Município e Comarca de Barra de Santa Rosa, Estado da Paraíba.

Ele, nascido no dia nove do mês de junho de mil novecentos e oitenta e cinco (09-06-1985), em Barra de Santa Rosa - Paraíba, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente em Canoinhas, Município de Cuité, Estado da Paraíba. Filho de João Francisco dos Santos e de Maria do Socorro Rocha do Nascimento, ambos agricultores e residentes no referido Sítio Canoinhas.

Ela, nascida no dia dois do mês de julho de mil novecentos e oitenta e oito (02-07-1988), em Barra de Santa Rosa - Paraíba, brasileira, solteira, maior, agricultora, residente no sítio Riacho Fechado, deste Município e Comarca de Barra de Santa Rosa. Filha de Margarida Freire da Silva, agricultora e residente na Cidade de Cacimba de Dentro, Estado da Paraíba.

Adotado o regime de COMUNHÃO PARCIAL de bens, a contraente passa a chamar-se: **ROBERTA CHERLY SILVA-SANTOS**. E o contraente passa a chamar-se o mesmo nome de solteiro.

OBSERVAÇÕES:

O referido é verdade e dou fé.

Barra de Santa Rosa, 07 de dezembro de 2006.

Ana Maria Henriques de Almeida
Escrevente Substituta

SERVIÇO REGISTRAL

ANA BRAGA HENRIQUES

Ana Maria Henriques de Almeida

ESCREVENTE SUBSTITUTA

BARRA DE SANTA ROSA - PB

Gilvan Alves de Almeida
DEP. ADJ. COORDENADOR DO DANTRO-PA
Chefe do Setor de Identificação



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOSE ROCHA DOS SANTOS

CPF da Vítima

070.217.414-99

Data do Acidente

19/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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.

BARRA DE SANTA ROSA-PB, 03 de MAIO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
CNPJ. 08.993.925/0001-92
Barra de Santa Rosa - PB



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o senhor José Rocha dos Santos portador do CPF: 070217411499 e RG:2712151 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua. João Batista Leite SN, município de Barra de Santa Rosa/PB foi atendido neste Centro de Saúde, no dia 19/09//2017 tendo em vista ter sofrido um acidente de moto depois dos procedimentos hospitalares realizados diante da gravidade dos ferimentos o mesmo foi encaminhado para o Hospital de Trauma de campina grande PB. Na ocasião eu **Iraneide Pontes**, Brasileira, enfermeira, COREN-PB 499697 prestei os devidos atendimentos a vítima, conforme consta no Livro de Registro de Transferências deste Centro de Saúde.

Iraneide de Pontes Silva

Iraneide Pontes
Enfermeira

Barra de Santa Rosa - PB, 25 de janeiro de 2018.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROCHA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000029028-6

Nr. da Autenticação D49D8775A12CEA8E

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, JOSE ROCHA DOS SANTOS

RG nº 2.712.151, data de expedição 31 / 07 / 2007, Órgão SSDS-PB

CPF nº 070.217.414-99, 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)	RUA JOÃO BATISTA LEITE
Número	S/N
Apto / Complemento	_____
Bairro	CENTRO
Cidade	BARRA DE SANTA ROSA
Estado	PARAÍBA
CEP	58.170-00
Telefone de Contato	(83) 99109-0768
E-mail	adv.alyssoncorrea@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barra de Santa Rosa - PB, 03 de maio de 2018

Assinatura do Declarante: Jose Rocha dos Santos

ROBERTA CHELY SILVA SANTOS
RUA JOAO BATISTA LESTE, S/N - CENTRO
BARRA DE SANTA ROSA / PB CEP: 58170000 (A3130)
Emissão: 24/04/2018 Referência: Abr / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENHA MONOFÁSICO R120, Fm 25 - Centro Administrativo - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
Ratário: 14 - 107 - 415 - 1320 Nº medidor: 00001070845



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 06.162.100/01-40 - Juc. Est. 16-015-223-0

Nota Fiscal/Conto de Energia ENE-PB-MD05 S28 501
C44 para Dth. Automático: 00007263350

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ CNPJ/ RANI
Abr / 2018	24/04/2018	24/05/2018	8496938450

UC (Unidade Consumidora): 5/786335-0

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos.
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de Junho de 2009, informamos a publicação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração serve para a comprovação da quitação dos débitos mensais do consumidor, os débitos dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.429, de 28 de abril de 2002.
Viu em no cartão no chão? Não toque ou se danifique. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para trocar o local.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
23/03/18	9005	24/04/18	8731	
Demonstrativo				
CC1 Descrição	Consumo Total (kWh) Valor Base (R\$) Alíq. (R\$/kWh) Bico (R\$) Pico (R\$) Geral (R\$)			
	Tributos (R\$) ICMS (R\$) ICMST (R\$) FCP (R\$) PIS (R\$) COFINS (R\$)			
0001 Consumo até 30kWh-BR	30,000 0,242820	7,27	7,27	25
0001 Consumo - 31 a 100kWh-BR	41,000 0,415910	17,05	17,05	25
0510 Subsidio		25,83	25,83	75
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804 JUROS DE MOROSIDADE		0,00	0,00	0
0805 MULTA 23/2018		0,72	0,00	0
0806 Devolução Subsidio		-19,17	0,00	0

CC1 Código de Classificação de Item TOTAL 32,83 50,25 12,50 50,25 0,40 7,12

Média Últimos meses (kWh) 68
VENCIMENTO 02/05/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 32,93

Histórico de Consumo (kWh)											
04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

RESERVADO AO FISCO
a9cf.308a.36e2.8c63.212a.b594.b8be.5516.

Indicadores de Qualidade 2018-Dat				Consumo de Consumo		
Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Descrição	Valor (R\$)	%
DC MENSAL 6,55	0,00	MONITORIAL 220		Benefício de Crédito Energético	6,53	100,00
DC TRIMESTRAL 11,10				Compra de Energia	7,08	22,25
DC ANUAL 22,21		CONTRATADA 202		Benefício de Transmissão	1,00	3,04
FC MENSAL 3,29	0,00			Energia Retida	1,60	5,47
FC TRIMESTRAL 9,72		LIMITE SUPERIOR 201		Intensidade Direta e Escorço	15,94	48,41
FC ANUAL 13,45				Outros Serviços	0,00	0,00
DCM 3,20	0,00			Total	32,83	100,00
DCR 12,24						

Valor do EUSD (R\$) 2/2018) R\$ 3,39

ATENÇÃO
- Sua unidade foi faturada como Baixa Rápida, tendo um desconto de R\$ 12,12
Faturas em atraso

PARAIBA
PARAIBA 07-415-1320
Matrícula 786335-2018-04-2
VENCIMENTO 02/05/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 32,93
5 07863352018-0 04200107019-4





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE ADRIANO BELO DOS SANTOS
 RG nº 57.633.623-3 2ª VIA, data de expedição 19/10/2016,
 Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 034.416.492-47, com
 domicílio na cidade de Puiti, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Apartamento Retiro, nº S/N, 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 JOSE ROCHA DOS SANTOS cujo o condutor era
JOSE ROCHA DOS SANTOS

Veículo: PASSEIRO/MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/PG 150 TITAN K5
 Ano: 2008/2008
 Placa: KUY 7197
 Chassi: 9CAKCO8108R280956
 Data do Acidente: 19/09/2017
 Local de Data: RODOVIA - PB 133

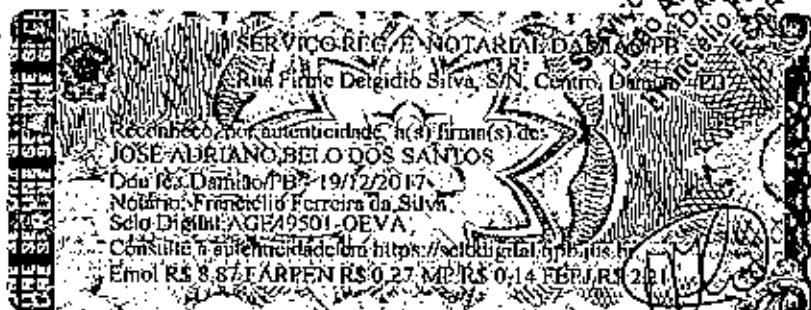
JOSE Adriano Belo dos Santos

Assinatura do Declarante

Jose Rocha dos Santos

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

RECONHECIDO





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Rache dos Santos		
End:	Rua: João Batista Leite	Bairro:	Barra da
Data de Nascimento:	07.06.85	Documento de Identificação:	Grata Lora.
Queixa:	Data do Atend.: 19.09.16	Hora:	Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Queda de solo

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis 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

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

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

Carla PB 2016
Assinatura e carimbo do profissional



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

19/09/17, terça-feira, última de um
c/ notificação, exames - e de
classe - 10/10/17
Cl. 1, 3 e 4, comite e notado
boa evolução
da x polipneumonia de pulmão
do Ax - 1/2 pulmão - notado

do T_{gr} ②
Ed. T_{gr} 1/1 für ungo
Ed. 1/1. Nach v. da Ling.

2. 12. 1941. 12. 12. 1941. 12. 12. 1941.

Griggs /
ORTON

Cf. 7pg7

Te. 100-100000-100

DESTINO DO PACIENTE	/	/	ds	+	hs.

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

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



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

Evolução Psicológica

Nome: Rene Rocha do Santos

Setor: Ala Ortopédica

Leito: 9-3

[illegible]



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose Raul dos Santos Registro: _____ Leito: 9-3 Setor Atual: Ortop
 Idade: 32 Sexo: M Cor: _____ Estado Civil: casado Naturalidade: Bom Jardim Profissão: Aposentado
 Procedência: () Vermelha (x) Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: Rosa () Residência () Outro
 Data da internação hospitalar: ____/____/____ Data da internação no setor: 20/09/17
 Tem um cuidador/Responsável: () Quem? _____
 Telefone: _____ Tem acesso a uma UBS: () Qual: _____

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: _____ Alergias: () Qual: _____
 Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
 () Alcoolismo () Drogadição () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

Acidente de Trânsito

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
 HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS.
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
 GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____
 Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
 Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local: Prejudicada
 Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.
 Obs.: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi _____ % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
 () VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O
 (x) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____
 Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
 Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____
 Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____
 Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água

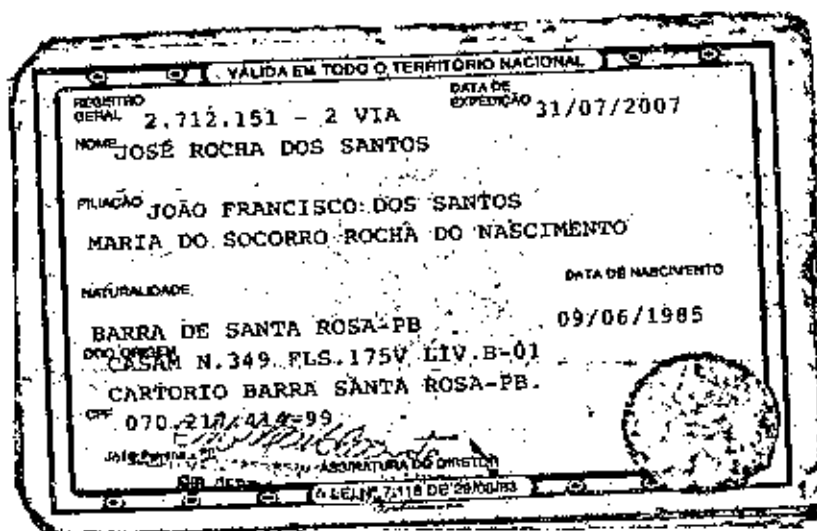
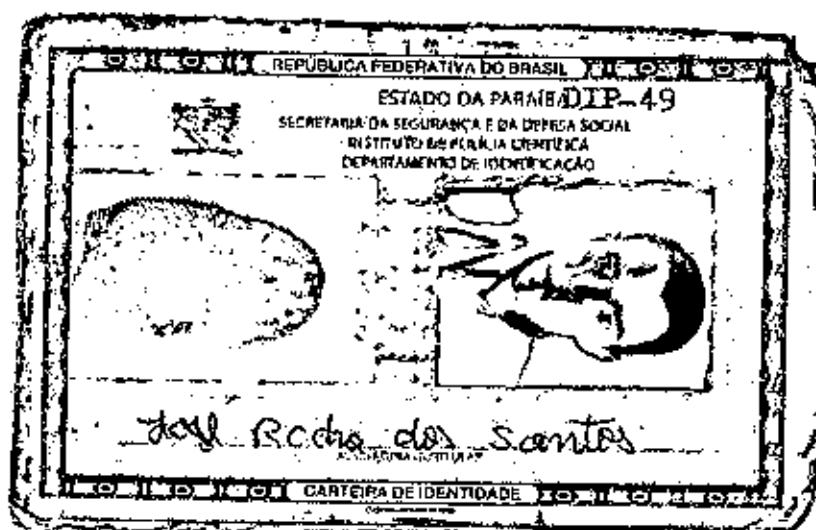
Data da inserção do dreno ____/____/____ Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA			
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme ☒ Cheio.			
Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()			
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSD</u> Data da punção <u>19/09/17</u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Galtonomia () Jejunostomia () NPT Hora: _____ Data: ____/____/____			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: ☒ Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h:			
Aspecto: _____ () Outros: _____ Observações: _____			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Pre-operatório</u> Curativo em: ____/____/____			
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____			
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente ☒ Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: ☒ Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>ER Santos</u> DATA: <u>20/09/17</u> HORA: <u>17:00h</u>			
Eliângela Rosendo dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PB 47338-5			



**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **070.217.414-99**Nome: **JOSE ROCHA DOS SANTOS**Data Nascimento: **09/06/1985**Situação Cadastral: **REGULAR**Data de Inscrição no CPF: **27/09/2004**Dígito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **15:58:03** do dia **03/05/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **8468.C6A0.650A.7542**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSE ROCHA DOS SANTOS

Loc. Nasc. CARRA DE SANTA RUENA, PB Data 01.06.1985
 Filiação JOAO FRANCISCO DOS SANTOS & MARIA
DO SOCORRO ROCHA DO NAZARENTO
 Doc. Nº R. 02. 137.131.558. PB Ex. 35. 16. 1999

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 12/12/2007 DRT CARIMBA DE PENTRA-PB

(Assinatura do funcionário)
DRT Carimba de Pentra-PB
 Chefe do Setor de Identificação

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição, que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.
 Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
 Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 30473 Série 00031.PB

VIA

ASSINATURA DO PORTADOR
JOSE Rocha dos Santos

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

073907220001-49

Empregadora: MARCENARIA MASSAPÉ LTDA - ME

CNPJ/MF Rua Cachoeira, 239

Rua Belém - CEP 03024-000

Município São Paulo - SP

Est. do Brasil

Cargo AUX. MARCENEIRO

CBO nº

Data admissão 01 de MAR 60 de 2011

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada R\$ 862,00 P.M.E

(Oitocentos e sessenta e dois reais)

MARCENARIA MASSAPÉ LTDA - ME

Ass. do empregador ou a cargo de test.

1º 25 de outubro de 2011

MARCENARIA MASSAPÉ LTDA - ME

Ass. do empregador ou a cargo de test.

1º 2

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Contratado: LOURIVAL BELNINO BATISTA ME

CNPJ: 10.472.727/0001-24

Endereço: RUA LUNA PEDRUSCA 3N

Cidade: CAMPOLIMA

CEP: 03024-000

Contratado: JASÉ ROCHA DOS SANTOS

Cargo: GARDEN

Admissão: 01.07.2010

Fls/Ficha:

RENTISTAS E DEZ REAIS. CONTRATADO

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada

LOURIVAL BELNINO BATISTA ME

Ass. do empregador ou a cargo de test.

1º 2

Data saída de de de

LOURIVAL BELNINO BATISTA ME

Ass. do empregador ou a cargo de test.

1º 2

Com. Dispensa CD Nº

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012440869084
68001916/2017 43074135657
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 00981895492 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2017

PLACA ANT/UF KUY7197/RJ CHASSI 9C2RC08108R280956

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP/POT/CL OCV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

MOTOR: K008E18280956

JACIANA/RN

24/08/2017

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012440869084
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 00981895492 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2017

PLACA ANT/UF KUY7197/RJ CHASSI 9C2RC08108R280956

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP/POT/CL OCV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

MOTOR: K008E18280956

JACIANA/RN

24/08/2017

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012440869084
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 00981895492 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2017

PLACA ANT/UF KUY7197/RJ CHASSI 9C2RC08108R280956

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP/POT/CL OCV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

MOTOR: K008E18280956

JACIANA/RN

24/08/2017

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃES

DETRAN - RN Nº 012440869084
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 00981895492 INTRO ***** EXENCÃO 2017

JOSE ADRIANO BELO DOS SANTOS

034.164.924-47

PLACA RUY7197

PLACA ANTERIOR RUY7197/RJ

9C2RC08108R280956

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN X3

ANO FAB 2008

ANO MOD 2008

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICULAR

COR PRETA

RE 0.00

DATA DE REGISTRO 07/06/2017

1º PAGO

FAIXA 1 FA 002807 3X

PARCELAMENTO 12x

2º PAGO

3º PAGO

TAXAS DETRAN: PAGO

DPVAT: PAGO

DATA DE PAGAMENTO

MOTOR: KC08E18280956

JACARA/RN

DATA 24/08/2017

Síndico Nacional de São
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

RN Nº 012440869084 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2017 24/08/2017

VIA 1 034.164.924-47 RUY7197

00981895492

HONDA/CG 150 TITAN X3

ANO FAB 2008

QF 9

Nº CHASSI 9C2RC08108R280956

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL EM R\$ DO SEGURO (R\$)

☐ COTA ÚNICA ☐ PAGAMENTO PARCELADO DATA DE PAGAMENTO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 07.248.605/0001-04

www.seguradoralider.com.br

SERVIÇO REGISTRAL
Ana Braga Henriques
Ana Maria Henriques de Almeida
OFICINA SUBSTITUTA
BARRA DE SANTA ROSA - PB

DETRAN - RN Nº 012440869084
08001946/2017 4307415587
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 00981895492 INTRO *****

JOSE ADRIANO BELO DOS SANTOS

R MARIA JUSTINA, 498

CASA CENTRO

69.225-000 JACARA/RN

034.164.924-47

PLACA ANTERIOR RUY7197

JOVANE JOSE DA SILVA

CHASSI 9C2RC08108R280956

PLACA ANTERIOR RUY7197/RJ

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN X3

ANO FAB 2008

ANO MOD 2008

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA PARTICULAR

COR PRETA

MOTOR: KC08E18280956

DATA 24/08/2017

Síndico Nacional de São
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

Autenticação
Rui Manoel de Souza Lima, 70, Barra de Santa Rosa - PB
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 365-III do CPC)
Barra de Santa Rosa/PB - 25012018
Selo Digital AGC27559-LTSA
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tpb.jus.br
Emol R\$2,77 Forpen R\$0,27 MP R\$0,04 Fepl R\$0,55
SERVIÇO REGISTRAL
Ana Braga Henriques
Ana Maria Henriques de Almeida
OFICINA SUBSTITUTA
BARRA DE SANTA ROSA - PB

CARTÃO REGISTRAL DE VEÍCULO BARRA DE SANTA ROSA

Rui Manoel de Souza Lima, 70, Barra de Santa Rosa - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 365-III do CPC)
Barra de Santa Rosa/PB - 25012018
Selo Digital AGC27559-WZ00
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tpb.jus.br
Emol R\$2,77 Forpen R\$0,27 MP R\$0,04 Fepl R\$0,55

SERVIÇO REGISTRAL
Ana Braga Henriques
Ana Maria Henriques de Almeida
OFICINA SUBSTITUTA
BARRA DE SANTA ROSA - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

59004945/2017

Nº 012440869084

43074185657

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00981895492 RNTRO *****

JOSE ADRIANO BELO DOS SANTOS

R MARIA JUSTINA 498

CASA CENTRO

59.225-000 JACANA/RN

034.164.924-470

PLACA

RUY7197

JEOVANE JOSE DA SILVA

PLACA ANT/UF

RUY7197/RJ

CHASSI

9C2KC08108R280956

ESPECÍFICO

PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB

2008

ANO MOD

2008

CAP/POT/CL

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC08E18280956

JACANA/RN

DATA

24/08/2017

Jeovane Jose da Silva
Coordenador de Registro de Veículos

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180228188 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROCHA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/09/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQ

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE DUAS CICATRIZES CIRURGICAS EXTENSAS EM FACE LATERAL DA COXA, (CIRURGIA DE FRATURA DE FEMUR PRÉVIO HÁ 4 ANOS), FLEXÃO DO QUADRIL DE 60°, EXTENSÃO DE 5°, PERDA DA ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA, ATROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM BOA CONSOLIDAÇÃO PORÉM COM RESTRIÇÃO DA ADM DO QUADRIL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

UF do CRM do médico: PB

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178357/18
Vítima: JOSE ROCHA DOS SANTOS
CPF: 070.217.414-99

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/09/2017
Titular do CPF: JOSE ROCHA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JOSE ROCHA DOS SANTOS : 070.217.414-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2018
Nome: JOSE ROCHA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 070.217.414-99

JOSE ROCHA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Vinícius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinícius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em **medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes;
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Frões
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE ROCHA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 19/09/2017 CPF DA VÍTIMA 070.217.414-99
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESSO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA LEITE
Nº S/N COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE BARRA DE SANTA ROSA UF PB CEP 58.170-000
E-MAIL adv.alyssoncorreia@gmail.com TELEFONE (83) 9 9109-0768

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/05/2018

IDENTIDADE 2.712.151 - SSP/PB

ASSINATURA Adv. do Sr. Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15/05/2018

NOME Jose Lucas Lima Torres

ASSINATURA Adv. do Sr. Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICHARD GUTHEIMTON DAHM

8400-4

4734404C

JOSÉ ADRIANO BELO DOS SANTOS

ASSINATURA SUBSTITUTA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 57.633.623-3 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 14/10/2016

NOME JOSÉ ADRIANO BELO DOS SANTOS

FILIAÇÃO ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS ELIZABETE DE LIMA BELO

NATURALIDADE CUITÉ - PB DATA DE NASCIMENTO 16/09/1979

DOC ORIGIN CUITÉ - PB CUITÉ CN:LV.A8 /FLS.120V/M906619

CPF 034164924/47 12635494446

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

CONDOMÍNIO REGISTRO DE IMÓVEIS DO BRASIL

Rua Manoel de Sousa Lima, 70, Barra de Santa Rosa - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.

(Art. 365-III do CPC)

Barra de Santa Rosa/PB - 25/01/2018

Selo Digital AGC27557-LNDT

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

Emol. R\$2,77 Fepem R\$0,27 MP R\$0,04 Fepj R\$0,55

SERVIÇO REGISTRAL

Ana Braga Henriques

Ana Maria Henriques de Almeida

OFICIALA SUBSTITUTA

BARRA DE SANTA ROSA - PB

Set/17 19.55

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180228188 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROCHA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/09/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CIENTE DE SINISTRO ANTERIOR
A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: