



Número: **0802116-02.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **14/06/2018**

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	
JONATHAM EMERSSON DA ROCHA RAMALHO (AUTOR)		MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47918 179	31/08/2021 13:15	Petição	Petição
47918 185	31/08/2021 13:15	2692307_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
47918 187	31/08/2021 13:15	2692307_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Nº Sinistro: 3180190750

Vítima: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Data do Acidente: 01/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180190750**.

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 12734033

Pag. 01061/01062 - carta_01 - INVALIDEZ

00020531



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Sinistro: 3180190750

Vítima: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Data do Acidente: 01/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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 **3180190750** 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

Pag. 00657/00658 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12760236



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Nº Sinistro: 3180190750

Vítima: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Data do Acidente: 01/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180190750**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/11/2015**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01085/01086 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12823383



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180190750**
Nome do(a) Examinado(a): **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TV JOAO DE DEUS nº 72 - CENTRO - SANTA RITA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3.722.752 - SSP**
Data e local do acidente: **01/11/2015 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **11/05/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

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

FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES.

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

CICATRIZ NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 10 CM NO TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO E PUNHO ESQUERDO. MOVIMENTOS ARTICULARES NORMAIS E AUSÊNCIA DE DÉFICITS MOTORES OU DEFORMIDADES.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

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

NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS.

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 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

☒ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO POR _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jonathan Emerson da Rocha Ramalho
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.472.452 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 12/05/11 E
 CPF (1100663434-99) / CNPJ (000000000-0000-00), PROFISSÃO Homem
 E RENDA MENSAL DE R\$ renda NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jonathan Emerson da Rocha Ramalho AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada ou impressa, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1909 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00054424-3

18 JUL 2016

RECEBIDO

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita, 31 de Maio

de 2016

LOCAL E DATA

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

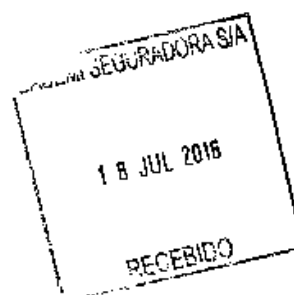
Suelio Moreira Torres



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113153561700000045495771>

Número do documento: 21083113153561700000045495771





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO POR _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jonathan Emerson da Rocha Ramalho,
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.422.452 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 12/05/11 E
CPF 110.663.434-94 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO funcionário
E RENDA MENSAL DE R\$ recuado N NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jonathan Emerson da Rocha Ramalho AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada ou de teorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

18 JUL 2016

RECEBIDO

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1909 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 09054424-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita, 31 de Maio de 2016

LOCAL E DATA

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Suelio Moreira Torres



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083113153561700000045495771>

Número do documento: 21083113153561700000045495771

ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 12:02:20

ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 12:02:20



ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 12:02:20

ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 12:02:20

ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 12:02:20



ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 12:02:20

ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 12:02:20



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00715.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00715.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 11 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEIDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 09:01 horas, compareceu **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Marceneiro, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 31 de Outubro de 1995, idade 20, filiação Vera Lúcia Pereira da Rocha Ramalho e Ricardo Duca Ramalho, Documento - CPF: 110.663.434-97, residente Travessa João de Deus, 72, Várzea Nova, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 99835-4369

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE: no dia 01/11/15, por volta das 23:00h, quando conduzia a motocicleta de marca SHINERAY, modelo XY 50Q JET, cor vermelha, ano 2013/2014; chassi nº LXYYCBL08E0528758, motor nº 1P39FMAEA082920, nota nota fiscal em nome de Lucicleide da Silva, pela estrada da cidade de Lucena/PB, ao desviar de um veículo que obstruiu sua passagem, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do rádio distal esquerdo, sendo admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira no dia seguinte (02/11/15), por volta das 11:03h, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

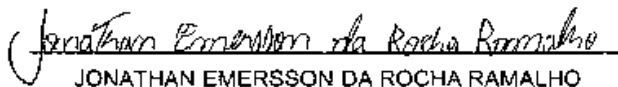
ADENDOS:

Data e Hora: 11/04/2016 09:20:54


Descrição:

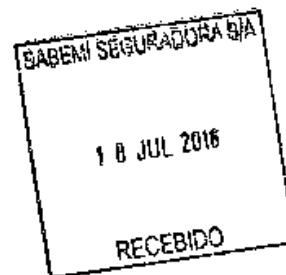
QUE, diz o notificante que na verdade foi atingido por um veículo de placa não identificada, e que em decorrência desse fato veio a perder o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido fratura do rádio distal esquerdo.

João Pessoa (PB) 11 de Abril de 2016


JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO
Notificante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA


Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.632-3



Procedimento: 00715.01.2016.1.02.202



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional da Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00715.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00715.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 11 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 09:01 horas, compareceu JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Marceneiro, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 31 de Outubro de 1995, idade 20, filiação Vera Lúcia Pereira da Rocha Ramalho e Ricardo Duca Ramalho, Documento - CPF: 110.663.434-97, residente Travessa João de Deus, 72, Várzea Nova, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 99835-4368

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 01/11/15, por volta das 23:00h, quando conduzia a motocicleta de marca SHINERAY, modelo XY 50Q JET, cor vermelha, ano 2013/2014, chassi nº LXYXCBL08E0528758, motor nº 1P39FMAEA082920, nota fiscal em nome de Lucicleide da Silva, pela estrada da cidade de Lucena/PB, ao desviar de um veículo que obstruiu sua passagem, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do rádio distal esquerdo, sendo admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira no dia seguinte (02/11/15), por volta das 11:03h, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi identificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

ADENDOS:

Data e Hora: 11/04/2016 09:20:54
Descrição:

QUE, diz o notificante que na verdade foi atingido por um veículo de placa não identificada, e que em decorrência desse fato veio a perder o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido fratura do rádio distal esquerdo.

João Pessoa (PB) 11 de Abril de 2016

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho
JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO
Notificante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.892-3



Procedimento: 00715.01.2016.1.02.202



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00715.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00715.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 11 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 09:01 horas, compareceu JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Marceneiro, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 31 de Outubro de 1995, Idade 20, filiação Vera Lúcia Pereira da Rocha Ramalho e Ricardo Duca Ramalho, Documento - CPF: 110.863.434-97, residente Travessa João de Deus, 72, Várzea Nova, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 99835-4369

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 01/11/15, por volta das 23:00h, quando conduzia a motocicleta de marca SHINERAY, modelo XY 50Q JET, cor vermelha, ano 2013/2014, chassi nº LXYXCBL08E0528758, motor nº 1P39FMAEA082920, nota fiscal em nome de Lucicleide da Silva, pela estrada da cidade de Lucena/PB, ao desviar de um veículo que obstruiu sua passagem, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do rádio distal esquerdo, sendo admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira no dia seguinte (02/11/15), por volta das 11:03h, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

ADENDOS:

Data e Hora: 11/04/2016 09:20:54
Descrição:

QUE, diz o notificante que na verdade foi atingido por um veículo de placa não identificada, e que em decorrência desse fato veio a perder o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido fratura do rádio distal esquerdo.

João Pessoa (PB) 11 de Abril de 2016

JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO
Notificante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.652-3



Procedimento: 00715.01.2016.1.02.202



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jonatã Emanuel da Rocha Ramalho, portador da carteira de identidade nº 3.422.452 e inscrito no CPF sob o nº 110.663.434-94 residente e domiciliado na Rua TV Focuz de Deus, 42 - Rot. São João Tadeu - Vargem Nova, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jonatã Emanuel da Rocha Ramalho

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 31 de Maio de 2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jeniffer Maria Emersson da Rocha Ramalho, portador da carteira de identidade nº 3.422.452 e inscrito no CPF sob o nº 110.663.434-94 residente e domiciliado na Rua TV Foco de Deus, 42 - Bat. São João Tadeu - Várzea Nova, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jeniffer Maria Emersson da Rocha Ramalho

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 31 de Maio de 2016

Local e data





PRESENTURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
 COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
 R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N.
 58056-380 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
 FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-20

Ficha Nr: 803044 Acd: Não Regulado
 Data: 02/11/2015
 Hora: 11:03:14
 Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
 Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
 Nome: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO
 CNR: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3722752 Fone: 32297698
 Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/10/1995 Id: 20 ano(s)
 End: RUA TRAVESSA JOAO DE DEUS, 72 CARTÃO DO SUS 2055201703700051 VARZEA NOVA
 Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mãe: RICARDO DUCA RAMALHO
 Mãe: VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO
 Ocupação: MARceneiro SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

sp.: MAE RESPONSÁVEL
 / Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD
 Procedência: CASA

Transporte utilizado: EM M. COMPLETO COM MORENO
 Motivo de entrada: QUEDA DE MOTO NO CAMINHO DE CASA, 11/10/2015, MADRUGADA
 Vitima de violencia por: AS 3/30 DA MADRUGADA CONDUCTOR DA MOTO
 () Caso Policial

PRE CONSULTA

Tip. de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 130 X 90

FR:

() Aparentemente Bom () Grave

FC: 100

TP:

() Politraumatizado () Convulsão

PRO:

Altura:

() Hemorragia () Dispneia

Glicemia

IMC:

() Diarreia () Agitado

Circ. Abd:

O2%: 98

() Regular () Chocado

() Vômito

Queixa principal

Observação

TRAUMA NO MSE

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Pt. trauma de queda de moto. Hx ± / 05
 C/ dor em antebraço e*

Diagnostico

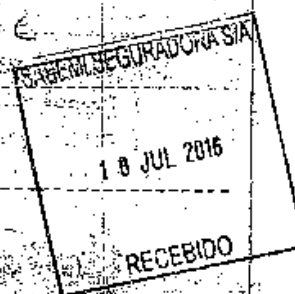
R de gallegos

Conduta

R

Prescrição

Horario da medicacao





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N.

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 803044

Atd: Não Regulado

Data: 02/11/2015

Hora: 11:03:14

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Num. Prontuario: 2015.11.000088

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3722752 Fone: 32297698

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/10/1995 Id: 20 ano(s)

End.: RUA TRAVESSA JOAO DE DEUS, 72 CARTAO DO SUS 2015201703700051 VARZEA NOVA

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: RICARDO DUCA RAMALHO

Mãe: VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO

Ocupação: MARCENEIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Sp.: MAE RESPONSAVEL

/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: EM M. COMPLETO COR. MORENO.

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO CAMINHO DE LUCENA RJ DE MADRUGADA

Vitima de violencia por: AS 3/30 DA MADRUGADA CONDUTOR DA MOTO

[] Caso Policial

PRE CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 130 X 90

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: 100

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Tempo:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%: 98

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Queixa Principal

Observacao

TRAUMA NO MSE

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Pt. vítima de queda de moto. Hx + 10h
C/ dor em antebraço e

Diagnostico

Fx de gallego

Conduta

Rx

Prescrição

Horario da medicacao





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jonathan Emerson da Rocha Romalho,

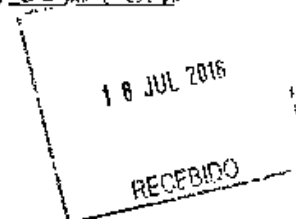
RG nº 3.422.452, data de expedição 12/05/2011,

Órgão SSDS/PB, CPF nº 110.663.434-94, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua TV Jesus de Deus</u>
Número	<u>42</u>
Aptº / Complemento	<u>Rot. São Justo Tadeu</u>
Bairro	<u>Vargem Nova</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-940</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>Arkaniana@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / 31/05/2016



Jonathan Emerson da Rocha Romalho
Assinatura do Declarante



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE PARÁBIBA
Rua Padilheira Clima, 123 - Jangueiro João Pessoa - PB
CEP: 58.015-57 e INSC. EST. 10.123.644/0001-87PARA LIGATÃO LIGAR AQUI
CÓDIGO DE BARRAS

MÁQUINA

46015347

REFERÊNCIA

AGR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA ESGOTO E SERVIÇOS

VERA LUCIA P. DA ROCHA
TV AGUA DE DEUS 72LOTSAO JUDASTADEU
VARZEA NOVA

58306-970

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Unidade	Cozinha	Ban.	Ata	
46.015.347	II	1	1	1	1	46015347
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A917881645	18/03/1998	5	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
340	343	0	33	21/05/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-R5				
NÚMERO DE AMOSTRAS				
OUT/2015	0	42	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORME
NOV/2015	0	42	COLIFORMES	30 30 30
DEZ/2015	0	42	TURBIDEZ	30 30 30
JAN/2016	0	42	COLIFORMES	0 0 0
FEV/2016	0	42	CLORO	30 30 30
MAR/2016	0	42	DADOS REFERENTES A MAR/2016	
MEIA(M)	0	42		

DATA DA LEITURA: 25/04/2016 HORA DA LEITURA: 11:37:28
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATC 10m 10 32,73 R\$32,73
047-DIROS DE HORA R\$0,05
050-ACRESCIMOS MES(ES) ANT. R\$0,65

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 PIS E COFINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

06/05/2016

Total a Pagar:

R\$33,48

R\$33,48

CONDIÇÃO DE LEITURA-HAVIA REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO:MEIA TIPO DE TARIFA:NORMAL
ANORMALIDADE DE LEITURA: 32
POSICAO DE OBR. ANTERIORES
HÁ EXISTÊNCIA CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.
INFORMAÇÕES GERAIS:
PARA SUA CONDIÇÃO, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DÉBITO AUTOMÁTICO.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jeani Traci Armentoso da Rocha Ramalho,

RG nº 3.422.452, data de expedição 12/05/2011,

Órgão SSDPB, CPF nº 110.663.434-94, venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua TV João de Deus</u>
Número	<u>42</u>
Aptº / Complemento	<u>Bot São Lucas Tradi</u>
Bairro	<u>Várzea Nova</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-940</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3502-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>Alkaudia.cunha@netmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / 31/05/2016

18 JUL 2016

RECEBIDO

Jeani Traci Armentoso da Rocha Ramalho
Assinatura do Declarante



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Policiano Cima, 100 - Japuri/Itaíba João Pessoa - PB
CEP: 58.015-57 - Fone: (33) 323.554/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME SEU NÚMERO

MATRÍCULA

46605347

REFERENCIAL

ABR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA ESGOTO E SERVIÇOS

VERA LUCIA P. DA ROCHA
TV JOAO DE DEUS 72
LOT SAO JUDAS TADEU
VARZEA NOVA

58300-970

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
Inscrição	SMI	Branco	Corado	Verde	Amarelo	Responsável
146.02.225.0050	II	1	0	0	0	46605347
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A91T081665	18/03/1998	5	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
349	349	0	33	21/05/2016
HIST. DE CONS./AMOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-HS				
NÚMERO DE AMOSTRAS				
OUT/2015	0	42	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
NOV/2015	0	42	COLIFORMES	39 39
DEZ/2015	0	32	TURBIDEZ	39 39
JAN/2016	0	42	COLIFORMES	0 0
FEV/2016	0	32	CLORO	39 39
MAR/2016	0	42	DADOS REFERENTES A: MAR/2016	
MEDIA(M)	0			

DATA DA LEITURA: 25/04/2016	HORA DA LEITURA: 11:37:28
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 32,78 R\$32,78
047-JUROS DE HORA	R\$0,05
050-ACRESCIMOS MES(ES) ANT.	R\$0,05

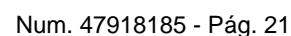
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,01 PIS E COFINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 05/05/2016 Total a Pagar: R\$33,48

CONDICAO DE LEITURA: HAO REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL
ANORMALIDADE DE LEITURA: 32
POSICAO DE DEF. ANTERIOR(ES)
HAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.



RECEBIMOS





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do
RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em
29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Raul Berman
de Rocha Ramalho do sinistro de DPVAT da natureza Furtividade
da vítima José Raul Berman de Rocha Ramalho e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Não Informar Renda Mensal: R\$ Não Informar

Documentos comprobatórios: Não Apresentar

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do
RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em
29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jonatã da Silva
da Rocha Ramalho do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade
da vítima Jonatã da Silva da Rocha Ramalho e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Não Informar Renda Mensal: R\$ Não Informar

Documentos comprobatórios: Não Apresentar

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Suelio Moreira da Silva,

RG nº 3467248, data de expedição 26/08/2008,

Órgão SSP, portador do CPF nº 0837135436, com

domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de

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

Estelita de Lomdres / Vozes Nova, nº 85,

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 José Trau ~~Pimentel~~ da Rocha ^{Parra} cujo o condutor era

José Trau ~~Pimentel~~ da Rocha ^{Parra}

Veículo: CICLM XY50Q Set Vermelho 2014

Modelo: XY50Q Set

Ano: 2013 ANO MODELO: 2014

Placa:

Chassi: LXYXCBLO8E0528458

Data do Acidente: 01-11-2015

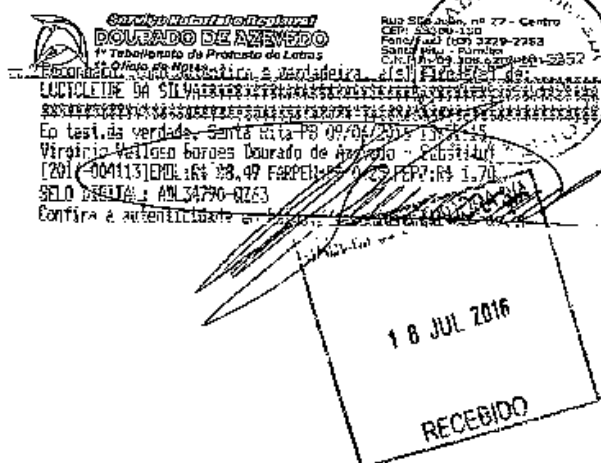
Local e Data: Santa Rita - PB 09/06/2016

DE AZEVEDO

x Suelio Moreira da Silva

Assinatura do Declarante

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



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Basilinda da Silva
 RG nº 3467248 data de expedição 26/08/2008
 Órgão SSP portador do CPF nº 08341354436 com
 domicílio na cidade de Santa Rita no Estado de
Paraná onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Estelita de Lomdner / Via J. Nova nº 85
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima funcionária da empresa da Rua da Amélia cujo o condutor era
funcionário da empresa da Rua da Amélia

Veículo: CICLM XY50Q Jet Vermelho 2014

Modelo: XY50Q Jet

Ano: 2013 ANO MOD.: 2014

Placa:

Chassi: LYXCBL08E0528458

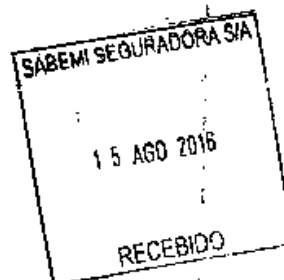
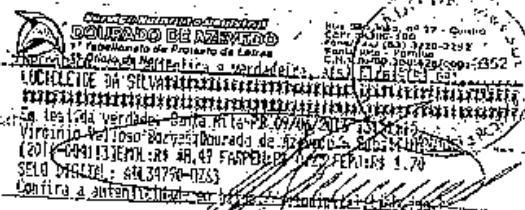
Data do Acidente:

Local e Data:

COPIADO
DE ARQUIVO

Basilinda da Silva
 Assinatura do Declarante

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



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Lucileide da Silva
 RG nº 3467248 data de expedição 26/08/2008
 Órgão SSP portador do CPF nº 08341354436 com
 domicílio na cidade de Santa Rita no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Estelita de Lomdhen / Via da Nova nº 85
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Joana Trautman de Azevedo cujo o condutor era
Joana Trautman de Azevedo

Veículo: CICLM XY50Q Jet Vermelho 2014

Modelo: XY50Q Jet

Ano: 2013 Ano Mod: 2014

Placa:

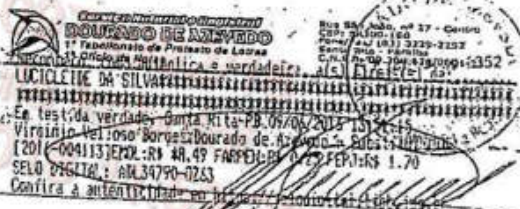
Chassi: LXYXCBL08E0523758

Data do Acidente:

Local e Data:

Lucileide da Silva
 Assinatura do Declarante

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

54056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 803044

Atd: Não Regulado

Data: 02/11/2015

Hora: 11:03:14

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

Num. Prontuario: 2015.11.000088

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3722752 Fone: 32297698

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/10/1995 Id: 20 ano(s)

End.: RUA TRAVESSA JOAO DE DEUS, 72 CARTAO DO SUS 2035201703700051 VARZEA NOVA

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: RICARDO DUCA RAMALHO

Mae: VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO

Ocupação: MARCENEIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

ep: MAE RESPONSAVEL

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte realizado: EM M COMPLETO COR MORENO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO NO CAMINHO DE LUCENA RJ DE MADRUGADA

Vitima de violência por: AS 3/30 DA MADRUGADA CONDUTOR DA MOTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 130 X 90

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: 100

TP:

[] Politraumatizado [] Convulso

TA: 90

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2: 98

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observação

Queixa Principal

TRAUMA NO MSE

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Ref. trauma de queda de moto. P. 10/10/15
C/ dor em antebraço e

Diagnóstico

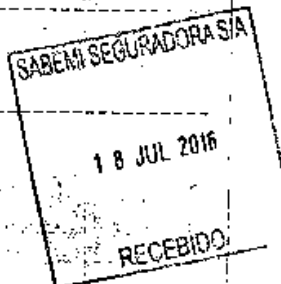
Rx de gely

I. Conduta

Rx

Prescrição

Horario da medicacao





CERTIDÃO


Nº. 0050/2016

Atendendo solicitação de JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº. 2015-11-000088 e Ficha Nº. 803044 pertencentes ao requerente que foi atendido no dia 02/11/2015 às 11h03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/11/2015 com alta dia 12/11/2015.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB.2959



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

pt. Jonathan Emerson de Rocha Ramalho
Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.8
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9128-PB SBO 9.603

26.11.2015
DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128 SBO 9.603



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
Complexo Hospitalar Mangabeira



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jonathan Emerson da Rocha Romalho</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>20a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>02.11.2015</i>		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do rádio distal esquerda</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade entre o rádio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc.

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

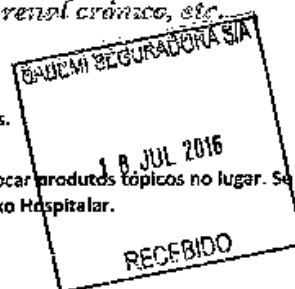
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vinagre ou Docol*

RETORNO: Ao posto de saúde em 28 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 28 dias para revisão.



Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 128 SBT 9693

12.11.15
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





CERTIDÃO

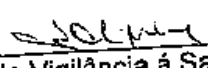
Nº. 0050/2016

Atendendo solicitação de **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 2015.11.000088 e Ficha Nº 803044 pertencentes ao requerente que foi atendido no dia 02/11/2015 às 11h03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/11/2015 com alta dia 12/11/2015.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





P/ Jonathan Emerson da Rocha Raulho
Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.45
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9128-PB SBOT 9.603

26.11.2015
DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128 SBOT 9.603



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO Burity

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jonathan Emerson da Rocha Ramalho</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>20a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>02.11.2015</i>		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerda</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal, etc.

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Docol*

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

12.11.15
DATA

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2128 SGO 9803
ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Em relação as pendências de Jonathan Emerson da rocha ramalho, no que concerne ao BO não há como constar a placa uma vez eu trata-se de um ciclomotor, onde já foi enviado nota fiscal e declaração de proprietário do veículo (segue novamente).

Segue também a ficha de atendimento que é feita pelas recepcionistas do hospital, laudo e certidões com carimbo médico.

Dessa forma solicito a devida marcação de perícia medica, para evitar uma contenda judicial, além dos abusos da seguradora em procrastinar os processos, prejudicando a vitima!





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITY



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0050/2016

Atendendo solicitação de **JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 2015.11.000088 e Ficha Nº 803044 pertencentes ao requerente que foi atendido no dia 02/11/2015 às 11h03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/11/2015 com alta dia 12/11/2015.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2016

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 11:59:46

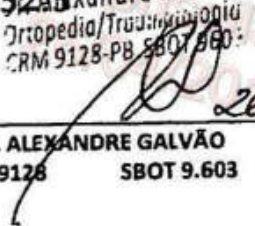
ASL-0979992/16
priscila.koboldt
26/04/2018 11:59:46


**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**
GOVERNADOR TARCÍSIO QUINTY

PI Janathan Benveniste de Rocha Raulha
Laudos Médico

Paciente vítima de trauma em punho resultando em fratura do rádio distal, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.48
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9128-PB SBOT 9.603


26.11.2015
DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128 SBOT 9.603



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURNIV

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

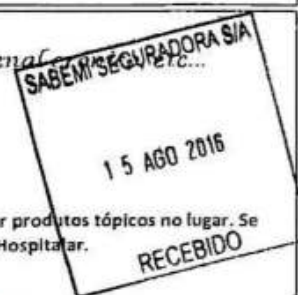
NOME <i>Jonathan Emerson da Rocha Ramalho</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>20a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>02.11.2015</i>		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal esquerda</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>() mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal</i>	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	
ANATOMIA PATOLÓGICA	
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()	
ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<i>Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal, etc...</i>	
REPOUSO:	<i>Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	<i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Vimovo ou Deocil</i>	

RETORNO:	<i>Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>
<i>12.11.15</i> DATA	<i>Dr. Alexsandro Galvão</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 128 SGO 9603 ASS. MÉDICO / C.R.M
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	

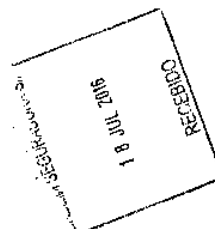


Em relação as pendencias de Jonathan Emerson da rocha ramalho, no que concerne ao BO não há como constar a placa uma vez eu trata-se de um ciclomotor, onde já foi enviado nota fiscal e declaração de proprietário do veículo (segue novamente).

Segue também a ficha de atendimento que é feita pelas recepcionistas do hospital, laudo e certidões com carimbo médico.

Dessa forma solicito a devida marcação de perícia medica, para evitar uma contenda judicial, além dos abusos da seguradora em procrastinar os processos, prejudicando a vitima!





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

722.752 - 2 VISA 12/05/2011

CONJUNTO DE PASSAPORTE

RICARDO DUCA RAMALHO
VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO


JOAO PESSOA-PB

31/10/1995

DOC. GRUPO
NASC. N. 2105 FLS. 277 LIV. A-03
CARTEIRO SANTA RITA-PB
CPF 110.663.434-97

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2021 13:15:39



STAR MOTOS LTDA RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE ALMEIDA Nº 64 - TORRE - JOAO CEP: 58040-300 FONE: (83)3031-2345		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0-ENTRADA 1-SAIDA Nº 090.014350 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 2514 0114 8478 2600 0110 5500 1000 0143 8017 3795 0867 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site de Sefaz autorizada PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 325140001500561 28/01/2014 18:48:05																											
NATUREZA OPERAÇÃO VENDA DE VEÍCULOS NOVOS DVE		INSCRIÇÃO ESTADUAL 161859637		CNPJ 14.047.826/0001-10																											
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL EUCLEIDE DA SILVA ENDEREÇO RUA ESTELITA LUNDGREN 85 MUNICÍPIO SANTARITA		INSC. ESTADUAL DO DEST. TRIBUTÁRIO 083.713.544-36 CEP 58300-000 INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTA		DATA DA EMISSÃO 28/01/2014 DATA DA SAÍDA/ENTRADA DATA DE SATUR/LIBERADA																											
FATURA/DUPPLICATA PAGAMENTO À VISTA																															
CÁLCULO DO IMPOSTO <table border="1"> <tr> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS</td> <td>VALOR DO ICMS</td> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</td> <td>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</td> <td>VAL. ADIC. TRIBUTOS (IPI)</td> <td>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>2.083,80(45,30%)</td> <td>4.600,00</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO FRETE</td> <td>VALOR DO DEBITO</td> <td>DESCUOTO</td> <td>OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS</td> <td>VALOR DO IPI</td> <td>VALOR TOTAL DA NOTA</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>4.600,00</td> </tr> </table>						BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. ADIC. TRIBUTOS (IPI)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	2.083,80(45,30%)	4.600,00	VALOR DO FRETE	VALOR DO DEBITO	DESCUOTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.600,00		
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. ADIC. TRIBUTOS (IPI)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS																										
0,00	0,00	0,00	0,00	2.083,80(45,30%)	4.600,00																										
VALOR DO FRETE	VALOR DO DEBITO	DESCUOTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA																										
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.600,00																										
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS <table border="1"> <tr> <td>NOME/RAZÃO SOCIAL</td> <td>FRETE POR CONTA</td> <td>CÓDIGO ANTT</td> <td>PLACA DO VEÍCULO</td> <td>UF</td> <td>INSCRIÇÃO ESTADUAL</td> </tr> <tr> <td>ENDEREÇO</td> <td>9-SEM FRETE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>MUNICÍPIO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	ENDEREÇO	9-SEM FRETE						MUNICÍPIO												
NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL																										
ENDEREÇO	9-SEM FRETE																														
	MUNICÍPIO																														
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO <table border="1"> <thead> <tr> <th>COD. PROD.</th> <th>DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO</th> <th>NCM</th> <th>CFOP</th> <th>UNID.</th> <th>QNTD.</th> <th>VAL. UNITÁRIO</th> <th>VAL. TOTAL</th> <th>BC ICMS</th> <th>VAL. ICMS</th> <th>VAL. IPI</th> <th>AL. ICMS</th> <th>AL. IPI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>130VXCBLA 8E0526758</td> <td> CICLO XY 500 18V VERMELHO 2014 Veículo: NOVO Motor: 397W/24AY Tipo: CICLOMOTOR Modelo: XY 50 Q 127 Comb.: GASOLINA Ano Fab: 2013 Ano Mod: 2014 Chassi: 130VXCBLA8E0526758 Motor: 1872/96MAL/4002/20 40cc 2.3 Hp Cor: VERMELHO Reserva: 030717 NP Origem: 30423 Espécie: PASSAGEIROS Regulagem: 2 </td> <td>87111000</td> <td>060</td> <td>3405</td> <td>UN</td> <td>1,00</td> <td>4.600,0000</td> <td>0,00</td> <td>4.600,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>						COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM	CFOP	UNID.	QNTD.	VAL. UNITÁRIO	VAL. TOTAL	BC ICMS	VAL. ICMS	VAL. IPI	AL. ICMS	AL. IPI	130VXCBLA 8E0526758	CICLO XY 500 18V VERMELHO 2014 Veículo: NOVO Motor: 397W/24AY Tipo: CICLOMOTOR Modelo: XY 50 Q 127 Comb.: GASOLINA Ano Fab: 2013 Ano Mod: 2014 Chassi: 130VXCBLA8E0526758 Motor: 1872/96MAL/4002/20 40cc 2.3 Hp Cor: VERMELHO Reserva: 030717 NP Origem: 30423 Espécie: PASSAGEIROS Regulagem: 2	87111000	060	3405	UN	1,00	4.600,0000	0,00	4.600,00	0,00	0,00	0,00
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM	CFOP	UNID.	QNTD.	VAL. UNITÁRIO	VAL. TOTAL	BC ICMS	VAL. ICMS	VAL. IPI	AL. ICMS	AL. IPI																			
130VXCBLA 8E0526758	CICLO XY 500 18V VERMELHO 2014 Veículo: NOVO Motor: 397W/24AY Tipo: CICLOMOTOR Modelo: XY 50 Q 127 Comb.: GASOLINA Ano Fab: 2013 Ano Mod: 2014 Chassi: 130VXCBLA8E0526758 Motor: 1872/96MAL/4002/20 40cc 2.3 Hp Cor: VERMELHO Reserva: 030717 NP Origem: 30423 Espécie: PASSAGEIROS Regulagem: 2	87111000	060	3405	UN	1,00	4.600,0000	0,00	4.600,00	0,00	0,00	0,00																			
DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 2112/2001 3403ac518256463001 cab267641ed187 PEDIDO: VN-7019 PRE-VENDA: 8948 VENDEDOR: LEO FORMULA FGT: DINHEIRO DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI VENDIDO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALOCAÇÃO FIDEJUCIÁRIA.																															

GABEIA SEGURADORA S/A
 18 JUL 2016
 Desenvolvido por SIG-SPS
 RECEBIDO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 28/01/2014 18:48

RATIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
E DO ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR

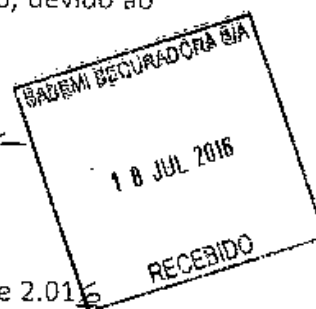
Nome Jonathan Emerson da Rocha Romalho
Endereço R. TV Jovem de Deus, 42 - Bit São Francisco - Fátima - Vargem Nova
RG 3.422.452 CPF 110.663.439-94

Declaro para fins de comprovação junto à Seguradora Líder, a veracidade da ocorrência de acidente de trânsito, ocorrido na data de 01/11/2015 tendo minha participação como vítima, conforme Boletim de Ocorrência Policial.

Declaro também, que apesar das lesões sofridas, não procurei atendimento médico de imediato, somente vindo a fazê-lo em data de 02/11/2015 por conta própria, auxiliado por familiares, em virtude de constantes dores e da minha dificuldade de movimentação, devido ao acidente, tendo sido atendido no serviço médico abaixo:

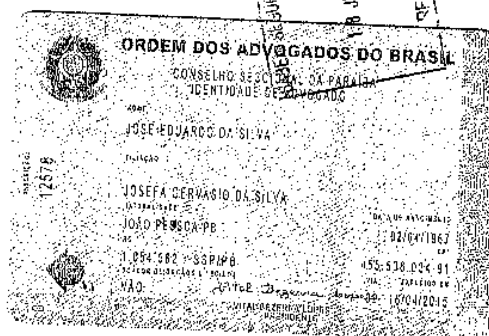
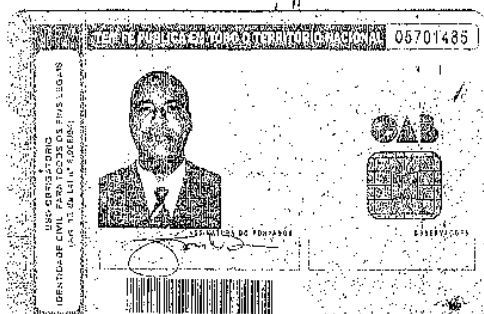
Complexo Hospitalar Mangueira
nome da instituição hospitalar cu de atendimento

Santa Rita, 31 de Maio de 2015



Jonathan Emerson da Rocha Romalho
Assinatura do vítima (beneficiário)







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **455.536.024-91**

Nome da Pessoa Física: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Data de Nascimento: **02/04/1967**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:54:35** do dia **07/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **865F.DD91.E99F.81C0**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



07/07/2016 16:39





RECEBIDO

18 JUL 2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12/05/2011

REGISTRO 13.722.752 - 2 VIGÊNCIA 12/05/2011

JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO

FOTO RICHARDO DUCA RAMALHO

VERA LUCIA PEREIRA DA ROCHA RAMALHO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOC CRESSY NASC.N 2106 FLS. 277 LIV. A-03

CARTÓRIO SANTA RITA-PB

Cpf 110.663.434-97

31/10/1995

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA LEGISLAÇÃO DA P.M. LOCAL

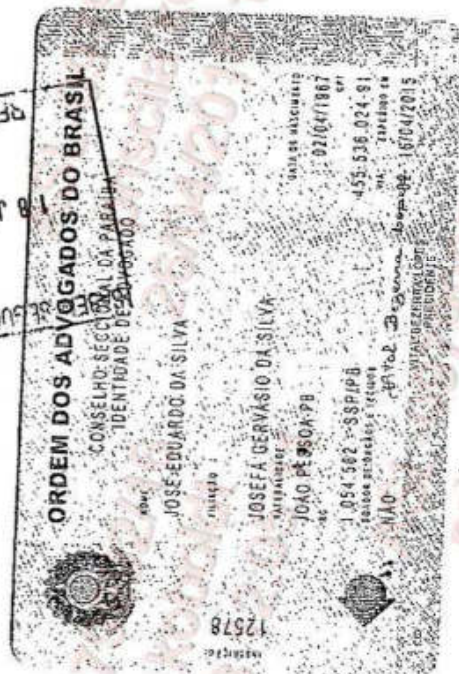
INSTITUTO DA POLÍCIA CIENTÍFICA

ANEXO Nº 10 DE 10/05/2011

Jonathão Emerson da Rocha Ramalho

Carteira de Identidade





Documentos de Identificação
00101

18 JUL 2016
DE JURADORA S/A



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **455.536.024-91**

Nome da Pessoa Física: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Data de Nascimento: **02/04/1967**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:54:35** do dia **07/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **865F.DD91.E99F.81C0**

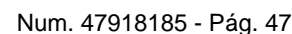
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 28/01/2014 18:48



 STAR MOTOS STAR MOTOS LTDA RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE ALMEIDA Nº 64 - TORRE - JOAO CEP 58040-300 FONE (83)3031-2345	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0-ENTRADA 1 1-SAIDA Nº 000.014.350 SÉRIE 1 FOLHA 1/1	 CHAVE DE ACESSO 2514 0114 0478 2600 0110 5500 1000 0143 5017 3795 0867 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 325140001500561 28/01/2014 18:48:05
	NATUREZA OPERAÇÃO VENDA DE VEICULOS NOVOS D/E INSCRIÇÃO ESTADUAL 161869637	DISC. ESTADUAL DO SUSST. TRIBUTÁRIO CNPJ 14.047.826/0001-10

161869637		DATA DA EMISSÃO 28/01/2014	
DESTINATÁRIO/REMETENTE		CONTATO 033.713.544-36	
NOME/RAZÃO SOCIAL LUCICLEIDE DA SILVA		DATA DA SAÍDA / ENTRADA	
ENDEREÇO RUA ESTELITA LUNDGREN 85		BAIRRO/DISTRITO VARZEA NOVA	CEP 58300-000
MUNICÍPIO SANTA RITA	FORN. AL. (83)8736-1728	UF PB	ROTEIRO ESTADUAL ISENTO
		HORA DA SÁTIJA ENTREGADA	

PAGAMENTO À VISTA					
CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. APROX. TRIBUTOS (SPT)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	2.083,80(45,30%)	4.600,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO Seguro	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.600,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 9-SEM FRETE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RATIFICAÇÃO SOCIAL						
ENDEREÇO		MUNICÍPIO				

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO		NCM/SH	CT	CTDP	UNID.	QUANT.	VALUNITARIO	VALOR	Y.TOTAL	ICMS	V.LICIS	V.FPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO													
LXYXCBL08E0528758	CICLAM XY300 JET VERMELHO 2014 Versão: NOVO Marca: SHINERAY Tipo: CICLOMOTOR Modelo: XY 50 Q JET Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2013 Ano Mod.: 2014 Chassi: LXYXCBL08E0528758 Motor: IF39FMAEA082920 49cc 2,7 Hp Cor: VERMELHO Renavam: 030717 NF Origin: 20427 Especie: PASSAGEIROS Passageiros: 2	87111000	060	5405	UN	1,00	4.600,0000	0,00	4.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 31217/2001.
MDS: ccl3d8e3b6b30fextb67441bbd197 PEDIDO: VN-7079 PRE-VENDA: 1968 VENDEDOR: IEDQ FORMA FGTO:
DINHEIRO
DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACTUA POR
VENLIDO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA.



DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 28/01/2014 16:48



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Marceneiro, CI RG nº 3.422.452 SSP/PB,
CPF/MF nº 110.663.434-94, residente e domiciliado(a) à Rua
TV João de Deus, 42 - Bot. São João Tuleu - Varzea Nova
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 58300-940, telefone

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: concede poderes especiais para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

18 JUL 2016

Santa Rita, 31 de Maio de 20 16.

TOSCANO DE BRITO
2º OFÍCIO DE NOTAS

OUTORGANTE

TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-488
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 31/05/2016 13:40:02
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente
(2016-0091601)EOL:R\$ 18,49 FAPEN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AD123663-PKXW
Confira a autenticidade em <https://selodigital.pb.us.br>



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180190750 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO **Data do acidente:** 01/11/2015 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180190750 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO **Data do acidente:** 01/11/2015 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. CICATRIZ NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 10 CM NO TERÇO MÉDIO DISTAL DO ANTEBRAÇO E PUNHO ESQUERDO. MOVIMENTOS ARTICULARES NORMAIS E AUSÊNCIA DE DÉFICITS MOTORES OU DEFORMIDADES.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 11/05/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Manuseio, CI RG nº 3.422.452 5505/03,
CPF/MF nº 110 663 434-94, residente e domiciliado(a) à Rua
TV João de Deus, 42 - Bot. São João Toldu - Varzea Nova
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 58300-940, telefone

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, CPF
sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av.
João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: concede poderes especiais para: Enviar documentos, receber
correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter
informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos
referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas
e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das
informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

18 JUL 2016

Santa Rita, 31 de Maio de 20 16

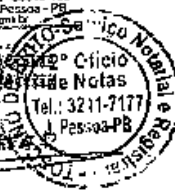
Jonathan Emerson da Rocha Ramalho

OUTORGANTE

TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTAR

Rua Cândido Passos, 31 - CEP 58010-560
Fone: (83) 3241-7177 João Pessoa - PB
www.toscano19070.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a) de:
JONATHAN EMERSON DA ROCHA RAMALHO
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 31/05/2016 13:40:02
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente
(2016-009150) TEL: 86 49 44094900 0,25 FEE/PB A 2016-009150
SELO DIGITAL: A0123663-F93W
Confira a autenticidade em <http://autenticidade.tpb.jus.br>



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Jonathan Emerson da Rocha Ramalho
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Marceneiro, CI RG nº 3.422.452 SSP/PB,
CPF/MF nº 110.663.434-94, residente e domiciliado(a) à Rua
TV João de Deus, 42 - Bot. São João Tuleu - Varzea Nova
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 58300-940, telefone

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: concede poderes especiais para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

18 JUL 2016

Santa Rita, 31 de Maio de 20 16.

TOSCANO DE BRITO
2º OFÍCIO DE NOTAS

OUTORGANTE

TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-488
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: JONATHAN EMERSSON DA ROCHA RAMALHO
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 31/05/2016 13:40:02
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente
(2016-0091601)EOL:R\$ 18,49 FAPEN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AD123663-PIXON
Confira a autenticidade em <https://selodigital.pb.us.br>





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08021160220188150331

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JONATHAM EMERSSON DA ROCHA RAMALHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

50 CC

O Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, este de contratação obrigatória por todos os proprietários de veículos os quais se propõem a circular em vias públicas, oferecendo qualquer tipo de risco à coletividade, somente se faz presente em determinados casos.

Dessa forma, deve ser esclarecido que embora possua uma inevitável função social, o DPVAT não deixa de ter natureza de seguro, e como tal exige-se a sua contratação, antes de qualquer outro questionamento, para que se possa arquir de eventual indenização a seu título.

No caso dos autos, verifica-se que a parte autora ingressou com a demanda a fim de receber a indenização do Seguro DPVAT face **ao acidente ocorrido com veículo ciclomotor sem o devido licenciamento e emplacamento**.

Esclarece, por oportuno, que o Código Brasileiro de Trânsito prevê a necessidade de licenciamento de todos e quaisquer veículos, senão vejamos:

“Art. 130. **Todo veículo automotor, elétrico, articulado, reboque ou semi-reboque, para transitar na via, deverá ser licenciado anualmente pelo órgão executivo de trânsito do Estado, ou do Distrito Federal**, onde estiver registrado o veículo.” (grifo nosso)

O Conselho Nacional de Trânsito- Contran, visando regulamentar a matéria através da Resolução 205/2006, tornou obrigatório o porte do Certificado de Registro e Licenciamento anual para circulação de veículos, *in verbis*:

“Art. 1º. Os documentos de porte obrigatório do condutor do veículo são:
I – Autorização para Conduzir Ciclomotor - ACC, Permissão para Dirigir ou Carteira Nacional de Habilitação - CNH, no original;
II – Certificado de Registro e Licenciamento Anual - CRLV, no original.”

Ressalta-se que a resolução de nº 231/2007 do Contran obriga que todos os veículos de duas rodas utilizem placa traseira de identificação, *ipsis litteris*:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



“Art. 6º. Os veículos de duas ou três rodas do tipo motocicleta, motoneta, ciclomotor e triciclo ficam obrigados a utilizar placa traseira de identificação com película refletiva conforme especificado no Anexo desta Resolução e obedecer aos seguintes prazos:

I - Na categoria aluguel, para todos os veículos, a partir de 01 de agosto de 2007

II - Nas demais categorias, os veículos registrados a partir de 01 de agosto de 2007 e os transferidos de município.”

Dessa forma, o veículo narrado na exordial não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, **vez que não foi sujeito a registro e licenciamento, bem como por não ter sido comprovado o pagamento do prêmio do seguro obrigatório.**

Registra-se que a contratação do Seguro Obrigatório se dá mediante emissão de bilhete de seguro, o qual poderá ser emitido por ocasião do licenciamento anual do veículo ou de seu emplacamento, cabendo ainda uma exceção para os casos dos veículos sujeitos ao Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA, em que tal procedimento é levado a efeito exclusivamente com o Certificado de Registro e Licenciamento Anual.

Ante a inexistência de cobertura para o mencionado veículo causador do acidente, requer que o pleito autoral seja julgado totalmente improcedente.

DO LAUDO

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 27 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

